

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD. DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CONTRATO **ABIERTO** PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC (PARTIDA 17), CON CARÁCTER **NACIONAL** QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO “**EL INSTITUTO**”, REPRESENTADA POR LA M.E. MÓNICA ARRIAGA ARROYO, EN SU CARÁCTER DE ENCARGADA DEL DESPACHO DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS Y REPRESENTANTE LEGAL, Y POR LA OTRA, HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO “EL PROVEEDOR” REPRESENTADO POR LA C. LAURA LETICIA PÉREZ RIZO, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ “**LAS PARTES**”, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

## DECLARACIONES

### I. “EL INSTITUTO” declara que:

- I.1 Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4 y 5, de la Ley del Seguro Social. Está facultado para celebrar los actos jurídicos necesarios para la consecución de los fines para los que fue creado, de conformidad con el artículo 251, fracciones IV y V, de la Ley del Seguro Social.
- I.2. Su representante legal, la M.E. Mónica Arriaga Arroyo, en su cargo de encargada del despacho del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos, con R.F.C. [REDACTED], quien acredita su personalidad en términos de la escritura pública número 129,633, libro 2,377 de fecha 20 de diciembre de 2024, otorgada ante la fe del Doctor Eduardo García Villegas, titular de la notaría número 15 de la Ciudad de México, instrumento jurídico debidamente inscrito ante el Registro Público de Organismos Descentralizados, bajo el folio 97-7-24122024-121040 con fecha 27 de diciembre de 2024, con fundamento en los artículos 24 Y 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, así como 40, 41, 45 Y 46 de su Reglamento, es un servidor público adscrito a la misma que cuenta con facultades legales para celebrar el presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que por ello, sea necesario celebrar un convenio modificatorio.
- I.3 Con fundamento en el punto 5.3.15 y 5.4.13. De las Políticas Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones Arrendamientos y Prestación de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social el M.E. RAÚL AGUILAR LARA, Coordinador de Prevención y Atención a la Salud, con R.F.C. [REDACTED], facultado para administrar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que por ello, sea necesario celebrar un convenio modificatorio, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor facultado para ello informando a “EL PROVEEDOR”; para los efectos del presente contrato, interviene como Área Requiriente el M.E. RAÚL AGUILAR LARA, Encargado de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, como Área Técnica el M.E. MARCO ANTONIO BERMUDEZ ESPINOSA, Encargado de la Coordinación Auxiliar de Segundo Nivel, como responsable de la contratación el LIC. JORGE LUIS LUNA HAM,

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Coordinador de Abastecimiento y Equipamiento, y como Auxiliar del Administrador del Contrato la M.E. KARLA ORIHUELA RESILLAS, Subdirectora Médico del HGZ C/MF. No. 5, en términos de los numerales ya indicados. ANEXO 5 (CINCO).

- I.4** La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de adjudicación Directa S18/AD/032/2025, cuya asignación se llevó a cabo el 11 de abril de 2025, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 26 FRACCIÓN III, 26 Bis fracción II, 41 fracción VII y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, “**LAASSP**”, 85 de su Reglamento (RLAASSP) y demás disposiciones aplicables en la materia.
- I.5** “**EL INSTITUTO**” cuenta con suficiencia presupuestaria en la cuenta 51331003 otorgada mediante dictamen de disponibilidad presupuestal previo número 0000007135-2025 emitido por la **Jefatura de Servicios de Finanzas**. Anexo 1 (UNO)

El presupuesto definitivo a ejercer está sujeto a la aprobación del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2025 por parte de la H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, por lo que el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato queda sujeto para fines de ejecución y pago a la disponibilidad presupuestaria con la que cuente el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación que para el ejercicio fiscal 2025 se apruebe, sin responsabilidad alguna para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

- I.6** Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes **Nº** IMS421231145.
- I.7** Tiene establecido su domicilio en Boulevard Benito Juárez No. 18, Colonia Centro, Cuernavaca, Morelos. C.P. 62000 mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

**II. “EL PROVEEDOR”, por conducto de su representante declara que:**

- II.1** Es una persona MORAL constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos, según consta en la escritura pública No. 13,301 de fecha 26 de junio de 1995, pasada ante la fe del Lic. Javier Miguel Bolaños Sanchez, Notario Público Interino Número 9 del Distrito Judicial de Tlalnepantla Estado de México, debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio de Tlalnepantla, Estado de México bajo el folio No. 43, a fojas 153/156, libro Primero de Comercio, volumen 31, de fecha 7 de noviembre de 1995. Denominada HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V., cuyo objeto social consiste entre otras actividades en: “...a).- [REDACTED]”

- II.2** Se encuentra representada para la celebración de este contrato, por LA C. LAURA LETICIA PÉREZ RIZO quien acredita su personalidad en términos de la escritura pública número 292010, del 03 de junio de 2016, pasada ante la fe del Licenciado Hugo Salgado Castañeda, Notario Público número 02 de la Primera Demarcación Notarial del Estado de Morelos, y manifiesta bajo protesta de decir verdad, que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas ni restringidas en forma alguna.



|                                                                                                                |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- II.3** Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.
- II.4** Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes HMO950626QK7 y con Registro Patronal ante “EL INSTITUTO” número IMSS [REDACTED]
- II.5** Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.
- II.6** Tiene establecido su domicilio en calle Jazmín No. 2 Col. Chapultepec, C.P. 62450, Cuernavaca, Morelos mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato. Cuenta con correo electrónico [administración@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administración@hospitalmorelos.com.mx) y teléfonos 777 315 20 17 y 315 95 53.

### **III. De “LAS PARTES”:**

- III.1** Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:

## **CLÁUSULAS**

### **PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.**

“**EL PROVEEDOR**” acepta y se obliga a proporcionar a “**EL INSTITUTO**” la prestación del SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC (PARTIDA 17), en los términos y condiciones establecidos en la adjudicación Directa S18/AD/032/2025, este contrato y sus anexos que se enlistan a continuación y que forman parte integrante del mismo.

Anexo 1 (UNO) DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.

Anexo 2 (DOS) PROPUESTA TECNICA, TERMINOS Y CONDICIONES.

Anexo 3 (TRES) PROPUESTA ECONOMICA.

Anexo 4 (CUATRO) FORMATO DE FIANZA.

Anexo 5 (CINCO) OFICIOS DE DESIGNACIÓN DE ADMINISTRADOR DE CONTRATO Y DE SU AUXILIAR.

### **SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO**

“**EL INSTITUTO**” pagará a “**EL PROVEEDOR**” como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **\$57,410.34 (CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS 34/100 M.N.)** antes de IVA y un monto máximo de

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**\$143,525.86 (CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS 86/100 M.N.)** antes de IVA.

Los precios unitarios del presente contrato, expresados en moneda nacional son los indicados en el Anexo 3 (TRES) que forma parte integrante del presente contrato.

Los precios unitarios son considerados fijos y en moneda nacional hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del **SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC (PARTIDA 17)**, por lo que **“EL PROVEEDOR”** no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.

### **TERCERA. ANTICIPO.**

Para el presente contrato **“EL INSTITUTO”** no otorgará anticipo a **“EL PROVEEDOR”**

### **CUARTA. FORMA Y LUGAR DE PAGO.**

**“EL INSTITUTO”** efectuará el pago Con apego al “Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos”

1. Plazo para el pago: 20 días
2. Tipo de moneda: Pesos mexicanos
3. Documentos anexos a la factura:
4. Método de pago: pago electrónico
5. Existencia de un contrato o convenio formalizado
6. Representación impresa del comprobante fiscal autorizado por el SAT
7. Solicitud de subrogación de servicio (4-30-2/03)
8. Referencia- Contra referencia (4-30-8/98) Copia u original
9. Copia de Identificación INE o Carnet de Citas del IMSS
10. Copia del contrato y de la fianza con la primera factura.
11. Acta entrega de Servicios
12. Si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo: Pagos progresivos de manera semanal
13. Firma de la factura: el Auxiliar del Administrador y el Administrador del contrato
14. Para contratos que rebasen los \$300,000.00 deberá presentar con cada factura a cobro, consulta vigente y positiva del SAT, IMSS e INFONAVIT.

El pago se realizará en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a **“EL INSTITUTO”**, con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato.

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

legislación en la materia, el desglose de los servicios prestados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la prestación de los servicios facturados.

De conformidad con el artículo 90, del Reglamento de la “**LAASSP**”, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o a quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a “**EL PROVEEDOR**” las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que “**EL PROVEEDOR**” presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que “**EL PROVEEDOR**” utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la “**LAASSP**”.

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada en Contabilidad y Trámite de Erogaciones Delegacional, ubicado en Blvd. Benito Juárez No. 18 Col. Centro C.P. 62000, Cuernavaca, Morelos en horario de 9:00 a 13:00 hrs. de lunes a viernes, para la validación de dichos comprobantes el Proveedor deberá cargar en Internet, a través del Portal de Servicios a Proveedores de la página del IMSS el archivo en formato XML, la validez de los mismos será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

El CFDI o factura electrónica se deberá presentar desglosando el impuesto cuando aplique.

El proveedor se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor del IMSS previamente validados en el Portal de Servicios a Proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del Contrato para su autorización expresa, debiendo éste informar a las áreas de trámite de erogaciones de dicha justificación y reposición del CFDI, en su caso.

“**EL PROVEEDOR**” manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación de la prestación de los servicios, no se tendrán como recibidos o aceptados por el Administrador del presente contrato.

Para efectos de trámite de pago, “**EL PROVEEDOR**” deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por “**EL INSTITUTO**”, para efectos del pago.

“**EL PROVEEDOR**” deberá presentar la información y documentación “**EL INSTITUTO**” le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de “**EL INSTITUTO**”.

El pago de la prestación de los servicios recibidos, quedará condicionado al pago que “**EL PROVEEDOR**” deba efectuar por concepto de penas convencionales y, en su caso, deductivas.

|                                                                                   |                               |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |  |  | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Para el caso que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 51, párrafo tercero, de la “**LAASSP**”.

## QUINTA. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

La prestación de los servicios, se realizará conforme a los plazos, condiciones y entregables establecidos por “**EL INSTITUTO**”, señalados en la tabla que se indica a continuación por cuanto hace al SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC (PARTIDA 17), y Anexo 2 (DOS), el cual forma parte del presente contrato.

| Plazo de entrega del bien arrendamiento o servicio |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PARTIDA                                            | DESCRIPCION DEL SERVICIO                 | PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CLAVE CUCOP | CANTIDAD O MEDIDA                                                                       |
| 1                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUERNAVACA | El licitante deberá ofertar el servicio, considerando un horario de lunes a domingo en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 1 día hábil posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este | 33900007    | De acuerdo a la solicitud de Servicios por parte de las Unidades Médicas Hospitalarias. |
| 2                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUAUTLA    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 3                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA CUERNAVACA         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 4                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA CUAUTLA            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 5                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA ZACATEPEC          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 6                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA CUERNAVACA     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 7                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA CUAUTLA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 8                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA ZACATEPEC      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 9                                                  | TOMOGRAFIA ZONA CUERNAVACA               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 10                                                 | TOMOGRAFIA ZONA ZACATEPEC                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 11                                                 | LABORATORIO TERCER NIVEL ZONA CUERNAVACA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 12                                                 | SERVICIO DE AUDIOLOGIA ZONA CUERNAVACA   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 13                                                 | SERVICIO DE AUDIOLOGIA ZONA CUAUTLA      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 14                                                 | SERVICIO DE AUDIOLOGIA ZONA ZACATEPEC    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 15                                                 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUERNAVACA    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |
| 16                                                 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUAUTLA       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 33900007    |                                                                                         |

|    |                                                              |                                                                                                   |          |  |
|----|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
| 17 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC                         | servicio deberá prestarse si el HGZ/MF No. 7 lo solicita de lunes a domingo las 24 horas del día. | 33900007 |  |
| 18 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUERNAVACA                            |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 19 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUAUTLA                               |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 20 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA ZACATEPEC                             |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 21 | OFTALMOLOGIA ZONA CUERNAVACA                                 |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 22 | OFTALMOLOGIA ZONA CUAUTLA                                    |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 23 | OFTALMOLOGIA ZONA ZACATEPEC                                  |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 24 | SERVICIO SUBROGADO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ZONA CUAUTLA |                                                                                                   | 33900007 |  |
| 25 | ULTRASONIDO                                                  | CUERNAVACA, ZACATEPEC                                                                             | 33900007 |  |
| 26 | ECOCARDIOGRAMA                                               |                                                                                                   | 33900007 |  |

#### Entrega:

Los licitantes interesados en participar deberán tener la capacidad instalada para poder brindar el servicio dentro de la Zona requerida en cada partida, de no ser así se tomara al proveedor de la zona Cuernavaca de conformidad a la partida que oferte. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio se debe prestar forzosamente en la zona requerida.

El instituto en cualquier momento podrá efectuar inspecciones con el fin de verificar el cumplimiento de la calidad del servicio ofertado y adjudicado, al participante que resulte adjudicado.

El participante adjudicado se obliga a cumplir con la prestación del servicio tal y como lo oferto y se adjudicó, en caso de incumplimiento se le aplicara la pena convencional estipulada, además de que el Instituto podrá proceder si así lo considera con el inicio del procedimiento de rescisión de contrato.

#### REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS

- A. EL PROVEEDOR deberá de requisitar el formato **“INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES”** (Anexo 02). El cual deberá ser enviado de manera semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe:

| UNIDAD                                               | NOMBRE                              | CORREO                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| COORDINACION<br>AUXILIAR OPERATIVA<br>ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo<br>Lopez | milton.canedo@imss.gob.mx, |



|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HGZ/MF NO. 5 | M.E. Minetteh Yolisma Garcia<br>Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | <a href="mailto:minetteh.garcia@imss.gob.mx">minetteh.garcia@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:gustavo.castrejon@imss.gob.mx">gustavo.castrejon@imss.gob.mx</a> |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- B. EL PROVEEDOR deberá requisitar el formato **“INFORMACIÓN DE FACTURACION”** (Anexo 03). El cual deberá ser enviado junto con la información semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe, dentro de los 3 días hábiles de la semana inmediata siguiente.

Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

#### SEXTA. VIGENCIA

**“LAS PARTES”** convienen en que la vigencia del presente contrato será del **12 de abril de 2025 al 31 de agosto de 2025.**

#### SÉPTIMA. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

**“LAS PARTES”** están de acuerdo que **“EL INSTITUTO”** por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad de los servicios, de conformidad con el artículo 52 de la **“LAASSP”**, siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificadorio.

**“EL INSTITUTO”**, podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del servicio, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de **“EL PROVEEDOR”**.

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a **“EL INSTITUTO”**, se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de **“LAS PARTES”**.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de **“EL INSTITUTO”** que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual **“EL PROVEEDOR”** realizará el ajuste respectivo de la

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD. DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

garantía de cumplimiento, en términos del artículo 91, último párrafo del Reglamento de la LAASSP, salvo que por disposición legal se encuentre exceptuado de presentar garantía de cumplimiento.

“**EL INSTITUTO**” se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.

## OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que “**EL PROVEEDOR**” presente una garantía por la calidad de los servicios contratados.

## NOVENA. GARANTÍA(S)

### A) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 48, fracción II, 49, fracción I (dependencias) o II (entidades), de la “**LAASSP**”; 85, fracción III, y 103 de su Reglamento “**EL PROVEEDOR**” se obliga a constituir una garantía **indivisible** por el cumplimiento fiel y exacto de todas las obligaciones derivadas de este contrato; mediante fianza expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, por un importe equivalente al **10%** del monto total del contrato, sin incluir el IVA.

Dicha fianza deberá ser entregada a “**EL INSTITUTO**”, a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato, en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, sito en Av. Plan de Ayala 1201 esquina Av. Central, col. Ricardo Flores Magón, C.P. 62450, Cuernavaca, Morelos.

Si las disposiciones jurídicas aplicables lo permiten, la entrega de la garantía de cumplimiento se podrá realizar de manera electrónica a los correos [miguel.jahen@imss.gob.mx](mailto:miguel.jahen@imss.gob.mx); [georgina.ayala@imss.gob.mx](mailto:georgina.ayala@imss.gob.mx); [lita.carrera@imss.gob.mx](mailto:lita.carrera@imss.gob.mx)

En caso de que “**EL PROVEEDOR**” incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, “**EL INSTITUTO**” podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de “**EL PROVEEDOR**”, derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que “**EL INSTITUTO**” reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, “**EL PROVEEDOR**” se obliga a entregar a “**EL INSTITUTO**”, dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 91, del

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Reglamento de la “**LAASSP**”, los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

Cuando la contratación abarque más de un ejercicio fiscal, la garantía de cumplimiento del contrato, podrá ser por el porcentaje que corresponda del monto total por erogar en el ejercicio fiscal de que se trate, y deberá ser renovada por “**EL PROVEEDOR**” cada ejercicio fiscal por el monto que se ejercerá en el mismo, la cual deberá presentarse a “**EL INSTITUTO**” a más tardar dentro de los primeros diez días naturales del ejercicio fiscal que corresponda.

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el servidor público facultado por “**EL INSTITUTO**” procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía cumplimiento del contrato, lo que comunicará a “**EL PROVEEDOR**”.

#### **DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “EL PROVEEDOR”.**

**“EL PROVEEDOR”, se obliga a:**

- a) Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- b) Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- c) Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a “**EL INSTITUTO**” o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato.
- d) Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 107 del Reglamento de la “**LAASSP**”.
- e) **Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios.**

#### **DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE “EL INSTITUTO”**

**“EL INSTITUTO”, se obliga a:**

- a) Otorgar las facilidades necesarias, a efecto de que “**EL PROVEEDOR**” lleve a cabo en los términos convenidos la prestación de los servicios objeto del contrato.
- b) Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.
- c) Extender a “**EL PROVEEDOR**”, por conducto del servidor público facultado, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD. DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DÉCIMA SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN, VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS

“**EL INSTITUTO**” designa como Administrador del presente contrato al M.E. RAÚL AGUILAR LARA, Titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud, con R.F.C. [REDACTED] quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento.

Los servicios se tendrán por recibidos previa revisión del administrador del presente contrato, la cual consistirá en la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas y en su caso en los anexos respectivos, así como las contenidas en la propuesta técnica.

“**EL INSTITUTO**”, a través del administrador del contrato, rechazará los servicios, que no cumplan las especificaciones establecidas en este contrato y en sus Anexos, obligándose “**EL PROVEEDOR**” en este supuesto a realizarlos nuevamente bajo su responsabilidad y sin costo adicional para “**EL INSTITUTO**”, sin perjuicio de la aplicación de las penas convencionales o deducciones al cobro correspondientes.

“**EL INSTITUTO**”, a través del administrador del contrato, podrá aceptar los servicios que incumplan de manera parcial o deficiente las especificaciones establecidas en este contrato y en los anexos respectivos, sin perjuicio de la aplicación de las deducciones al pago que procedan, y reposición del servicio, cuando la naturaleza propia de éstos lo permita.

## DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES

“**EL INSTITUTO**” aplicará deducciones al pago por el incumplimiento parcial o deficiente, en que incurra “**EL PROVEEDOR**” conforme a lo estipulado en las cláusulas del presente contrato y sus anexos respectivos, las cuales se calcularán por el 1% sobre el monto de los servicios, proporcionados en forma parcial o deficiente de acuerdo a los supuestos que se indican a continuación.

### DEDUCTIVAS

El instituto aplicará deductivas por deficiencias en el servicio en los supuestos siguientes:

- En caso de que el instituto por urgencia de la prestación del servicio este obligado a contratar un tercero por incumplimiento, el prestador de servicio pagara como pena convencional el equivalente al 100% de los gastos que el instituto haya erogado por este concepto, o sus derechohabientes.
- De generarse alguna reclamación por parte del derechohabiente por deficiencias en el servicio recibido debidamente documentado, el proveedor se hará acreedor a una deductiva equivalente al 1% sobre el costo del servicio.
- Cuando el proveedor incumpla en la entrega del informes ANEXO 2 Y ANEXO 3 (insertos en el anexo) técnico después de 3 días hábiles, teniendo como evidencia de entrega sello y firma de la coordinación y/o acuse de recibo en correo electrónico a los correos arriba mencionados se aplicara el 1.0% sobre el monto facturado en el mes que corresponda.

|                                                                                   |                               |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |  |  | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| UNIDAD                                               | NOMBRE                                                                    | CORREO                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COORDINACION<br>AUXILIAR OPERATIVA<br>ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo                                                | milton.canedo@imss.gob.mx,                                                                                                                                       |
| HGZ/MF NO. 5                                         | M.E. Minetteh Yolisma Garcia<br>Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | <a href="mailto:minetteh.garcia@imss.gob.mx">minetteh.garcia@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:gustavo.castrejon@imss.gob.mx">gustavo.castrejon@imss.gob.mx</a> |

- Si durante las visitas de supervisión que se realicen al contrato se detectan deficiencias en el servicio contratado, el proveedor se hará acreedor a una deductiva equivalente al 1.0 % sobre el valor de lo facturado en el mes donde se detecten estas deficiencias.
- Supervisiones a Instalaciones si se acredita que el proveedor no cumple con estas condiciones, se iniciara el proceso de rescisión del contrato que en su caso se suscriba.

No obstante la aplicación de las penas convencionales y deductivas antes indicadas, el instituto podrá rescindir el contrato respectivo.

El proveedor autorizará al instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

La pena convencional y/o deductiva se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales y deductivas no deberá exceder el importe de dicha garantía.

Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 95 y 96 del reglamento de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del instituto.

Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que **“EL PROVEEDOR”** presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago.

De no existir pagos pendientes, se requerirá a **“EL PROVEEDOR”** que realice el pago de la deductiva a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA's), a favor de la Tesorería de la Federación, o de la Entidad. En caso de negativa se procederá a hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

Las deducciones económicas se aplicarán sobre la cantidad indicada sin incluir impuestos.

El cálculo de las deducciones correspondientes las realizará el administrador del contrato de **“EL INSTITUTO”**, cuya notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, con posterioridad al incumplimiento parcial o deficiente.

#### **DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES**



|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En caso que **“EL PROVEEDOR”** incurra en atraso en el cumplimiento conforme a lo pactado para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en el Anexo 2 (DOS) parte integral del presente contrato, **“EL INSTITUTO”** por conducto del administrador del contrato aplicará la pena convencional equivalente al **1.0%** por cada día de atraso sobre la parte de los servicios no prestados, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos, en los supuestos siguientes:

Se aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 1.0%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el I.V.A., en el supuesto siguiente

- Cuando el proveedor no otorgue el servicio conforme al calendario y horarios establecidos.
- Cuando el proveedor no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado en el presente contrato y sus anexos, considerándose este plazo como entrega oportuna: cita el mismo día y un máximo de cuatro días. Una vez transcurrido (1) un día hábil posterior a la fecha comprometida para la realización del servicio, será potestativo para el instituto aceptar el motivo de retraso.

El pago de los servicios quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que **“EL PROVEEDOR”** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso; en el supuesto que el contrato sea rescindido en términos de lo previsto en la CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA DE RESCISIÓN, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.

El pago de la pena podrá efectuarse a través del esquema e5cinco Pago Electrónico de Derechos, Productos y Aprovechamientos (DPA's), a favor de la Tesorería de la Federación, o la Entidad; o bien, a través de un comprobante de egreso (CFDI de Egreso) conocido comúnmente como Nota de Crédito, en el momento en el que emita el comprobante de Ingreso (Factura o CFDI de Ingreso) por concepto de los servicios, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato, y en el caso de no haberse requerido esta garantía, no deberá exceder del 20% (veinte por ciento) del monto total del contrato.

Quando **“EL PROVEEDOR”** quede exceptuado de la presentación de la garantía de cumplimiento, en los supuestos previsto en la **“LAASSP”**, el monto máximo de las penas convencionales por atraso que se puede aplicar, será del 20% (veinte por ciento) del monto de los servicios prestados fuera de la fecha convenida, de conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

## **DÉCIMA QUINTA. LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS**

**“EL PROVEEDOR”** se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DÉCIMA SEXTA. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

- Seguro de Responsabilidad Civil:** para cubrir los daños y perjuicios que puedan suceder con motivo del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Si (x ) no ( ) monto a solicitar 50% del monto de la partida (S) que oferte, En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerara el 50% del monto de la partida más alta; Alcance: que ampare los daños y perjuicios que ocasione al Instituto y/o al patrimonio del mismo, a su personal, así como los que cause a terceros en sus bienes o personas durante la prestación o consecuencia del servicio el licitante adjudicado, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a alguno daño y/o perjuicio al instituto o a los derechohabientes. Forma de acreditarla Póliza de responsabilidad civil EL PROVEEDOR se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a EL INSTITUTO y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

## DÉCIMA SÉPTIMA. TRANSPORTE

“EL PROVEEDOR” se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en el Anexo 2 (DOS) del presente contrato.

## DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS

Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, serán pagados por “EL PROVEEDOR”, mismos que no serán repercutidos a “EL INSTITUTO”.

“EL INSTITUTO” sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

## DÉCIMA NOVENA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

“EL PROVEEDOR” no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de “EL INSTITUTO”.

## VIGÉSIMA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**“EL PROVEEDOR”** será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a **“EL INSTITUTO”** o a terceros.

De presentarse alguna reclamación en contra de **“EL INSTITUTO”**, por cualquiera de las causas antes mencionadas, **“EL PROVEEDOR”**, se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de **“EL INSTITUTO”** de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole, sacándola en paz y a salvo.

En caso de que **“EL INSTITUTO”** tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, **“EL PROVEEDOR”** se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.

#### **VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

**"LAS PARTES"** acuerdan que la información que se intercambie de conformidad con las disposiciones del presente instrumento, se tratarán de manera confidencial, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en las Leyes General y Federal, respectivamente, de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados, y demás legislación aplicable.

Para el tratamiento de los datos personales que **“LAS PARTES”** recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.

Por tal motivo, **“EL PROVEEDOR”** asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.

Asimismo **“EL PROVEEDOR”** deberá observar lo establecido en el Anexo aplicable a la Confidencialidad de la información del presente Contrato.

#### **VIGÉSIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

Con fundamento en el artículo 55 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 102, fracción II, de su Reglamento, **“EL INSTITUTO”** en el supuesto de caso fortuito o de fuerza mayor o por causas que le resulten imputables, podrá suspender la prestación de los servicios, de manera temporal, quedando obligado a pagar a **“EL PROVEEDOR”**, aquellos servicios que hubiesen sido efectivamente prestados, así como, al pago de gastos no recuperables previa solicitud y acreditamiento.

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron la suspensión, el contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales, si **“EL INSTITUTO”** así lo determina; y en caso que subsistan los supuestos que dieron origen a la suspensión, se podrá iniciar la terminación anticipada del contrato, conforme lo dispuesto en la cláusula siguiente.

### **VIGÉSIMA TERCERA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

**“EL INSTITUTO”** cuando concurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **“EL INSTITUTO”**, o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la Secretaría de la Función Pública, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **“EL INSTITUTO”**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando **“EL INSTITUTO”** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a **“EL PROVEEDOR”** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a **“EL PROVEEDOR”** la parte proporcional de los servicios prestados, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I, del artículo 102 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

### **VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN**

**“EL INSTITUTO”** podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **“EL PROVEEDOR”** incurra en alguna de las siguientes causales:

- a) Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato;
- b) Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
- c) Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **“EL INSTITUTO”**;
- d) Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato;
- e) No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
- f) No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
- g) Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
- h) En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD. DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- i) No presentar bimestralmente, las constancias de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios;
- j) No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo;
- k) Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;
- l) Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones;
- m) Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **“EL INSTITUTO”** en los términos de lo dispuesto en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** del presente instrumento jurídico;
- n) Impedir el desempeño normal de labores de **“EL INSTITUTO”**;
- o) Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **“EL INSTITUTO”**, cuando sea extranjero, y
- p) Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

Para el caso de optar por la rescisión del contrato, **“EL INSTITUTO”** comunicará por escrito a **“EL PROVEEDOR”** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho término **“EL INSTITUTO”**, en un plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **“EL PROVEEDOR”**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **“EL PROVEEDOR”** dicha determinación dentro del citado plazo.

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar **“EL INSTITUTO”** por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de **“EL PROVEEDOR”**.

Iniciado un procedimiento de conciliación **“EL INSTITUTO”** podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se realiza la prestación de los servicios, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de **“EL INSTITUTO”** de que continúa vigente la necesidad de la prestación de los servicios, aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

**“EL INSTITUTO”** podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que la rescisión del mismo pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, **“EL INSTITUTO”** elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes.

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD. DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

De no rescindirse el contrato, **“EL INSTITUTO”** establecerá con **“EL PROVEEDOR”**, otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 52 de la **“LAASSP”**.

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento, **“EL INSTITUTO”** quedará expresamente facultada para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a **“EL PROVEEDOR”** se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 51, párrafo cuarto, de la **“LAASSP”**.

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **“EL INSTITUTO”**.

## **VIGÉSIMA QUINTA. RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL**

**“EL PROVEEDOR”** reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en la prestación del servicio, deslindando de toda responsabilidad a **“EL INSTITUTO”** respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.

**“EL PROVEEDOR”** asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **“EL INSTITUTO”**, así como en la ejecución de los servicios.

Para cualquier caso no previsto, **“EL PROVEEDOR”** exime expresamente a **“EL INSTITUTO”** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, **“EL INSTITUTO”** reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de **“EL PROVEEDOR”**, en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a **“EL INSTITUTO”**, **“EL PROVEEDOR”** queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.

## **VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS**

**“LAS PARTES”** convienen que, en caso de discrepancia entre la convocatoria a la licitación pública, la invitación a cuando menos tres personas, o la solicitud de cotización y el modelo de



|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE<br/>MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

contrato, prevalecerá lo establecido en la convocatoria, invitación o solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 81, fracción IV, del Reglamento de la “**LAASSP**”.

#### **VIGÉSIMA SÉPTIMA. CONCILIACIÓN.**

“**LAS PARTES**” acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 77, 78 y 79 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 126 al 136 de su Reglamento.

#### **VIGÉSIMA OCTAVA. DOMICILIOS**

“**LAS PARTES**” señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal.

#### **VIGÉSIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE**

“**LAS PARTES**” se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación de los servicios objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; Código Civil Federal; Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Código Federal de Procedimientos Civiles; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

#### **TRIGÉSIMA. JURISDICCIÓN**

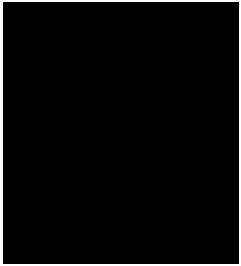
“**LAS PARTES**” convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

“**LAS PARTES**” manifiestan estar conformes y enterados de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman en las fechas especificadas.

**POR:**  
**“EL INSTITUTO”**

| NOMBRE | CARGO | R.F.C |
|--------|-------|-------|
|--------|-------|-------|

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOBIERNO DE MÉXICO</b> |   | <b>ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS</b><br><br><b>JEFATURA DE SERVICIOS<br/>ADMINISTRATIVOS<br/>COORD.DE ABASTECIMIENTO Y<br/>EQUIPAMIENTO</b><br><br><b>DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE<br/>BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA<br/>S18/AD/032/2025</b><br><b>Contrato</b><br><b>050GYR007N16125-010-00</b><br><b>REGISTRO SAI</b><br><b>S5M0093</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>M.E. MÓNICA ARRIAGA ARROYO</b><br><b>REPRESENTANTE LEGAL</b>    | <b>ENCARGADA DEL DESPACHO<br/>DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN<br/>ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA ESTATAL<br/>MORELOS</b> |  |
| <b>M.E. RAÚL AGUILAR LARA</b><br><b>ADMINISTRADOR DEL CONTRATO</b> | <b>TITULAR DE LA COORDINACIÓN<br/>DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A<br/>LA SALUD</b>                                       |                                                                                     |

**POR:**  
**"EL PROVEEDOR"**

| <b>NOMBRE</b>                         | <b>R.F.C</b>        |
|---------------------------------------|---------------------|
| <b>HOSPITAL MORELOS, S.A. DE C.V.</b> | <b>HMO950626QK7</b> |

SE ELIMINA RFC POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025

Cadena original:

[REDACTED]

Firmante: RAUL AGUILAR LARA  
RFC: AULR741226FB4

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 16/04/2025 16:25

Certificado:

[REDACTED]

Firma:

[REDACTED]

Firmante: MONICA ARRIAGA ARROYO  
RFC: [REDACTED]

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 21/04/2025 17:01

Certificado:

[REDACTED]

Firma:

[REDACTED]

Firmante: HOSPITAL MORELOS SA DE CV  
RFC: HMO950626QK7

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 22/04/2025 10:43

Certificado:

[REDACTED]

Firma:



SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S)  
MORAL IDENTIFICABLE(S) TALES COMO: FIRMA DIGITAL  
, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN  
CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA  
PRIVADA DE LA MISMA, DE CONFORMIDAD CON LO  
ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA  
LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA  
INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Morelos  
DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

**DICTAMEN  
PREVIO**

FOLIO: 0000007135-2025

☐ Dictamen de Inversión☒ Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante: 18 Morelos

189001 Oficina del OOAD MORELOS

250100 Coordinación de Soporte Médico

Concepto: DDP 2025, EN SUST. 0000001808-2025 SERVICIO SUBROGADO ELECTROENCEFALOGRAMA HGZ No. 5  
ZACATEPEC, (MARZO-AGOSTO 25) .-MED.-156/2025

Fecha Elaboración: 11/02/2025

Total Comprometido (en pesos): \$ 176,490.00  
Cuenta: 51331003 SUBROGACION DE SERVS.DIAG.LAB. Unidad de Información: 180202 Centro de Costos: 200223  
COG 3390104

| COMPROMETIDO MENSUAL (en miles de pesos): |     |       |      |      |      |      |      |     |     |     |     |
|-------------------------------------------|-----|-------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| ENE                                       | FEB | MAR   | ABR  | MAY  | JUN  | JUL  | AGO  | SEP | OCT | NOV | DIC |
| 0.0                                       | 0.0 | 29.4  | 29.4 | 29.4 | 29.4 | 29.4 | 29.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| DISPONIBLE (en miles de pesos):           |     |       |      |      |      |      |      |     |     |     |     |
| 0.0                                       | 0.0 | 608.8 | 48.8 | 48.8 | 48.8 | 94.5 | 11.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, es responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PREI-Millennium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE

DELEGACION

MARQUINA PLATON ALBERTO

|                        |     |     |
|------------------------|-----|-----|
| DIA                    | MES | AÑO |
| DICTAMINADO DEFINITIVO |     |     |

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): \$ \_\_\_\_\_,00

Clave: 6170-009-001



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPTO. DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS



### ASIGNACIÓN

FECHA: 11 ABRIL DE 2025  
NÚMERO DE HOJAS: UNA

PARA: HOSPITAL MORELOS SA DE CV .

AT'N. VENTAS GOBIERNO

RFC: HMO 950626 QK7

CORREO ELECTRONICO: [administración@hospitamorelos.com.mx](mailto:administración@hospitamorelos.com.mx)

CONFIRMO LA ASIGNACIÓN DEL SERVICIO COTIZADO DENTRO DE LA ADJUDICACION DIRECTA No. S18/AD/032/2025 1ERA. VUELTA MISMO QUE SE DETALLAN A CONTINUACION

ARTICULO: 41 FRACCION VII DE LA LAASSP

No. DE PROCEDIMIENTO COMPRANET: AA-50-GYR-050GYR007-N-161-2025

CODIGO EXP. COMPRANET: E-2025-00028674

NUMERO DE CONTRATO/PEDIDO: 050GYR007N16125-010-00

REGISTRO SAI: S5M0093

DICTAMEN DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: 0000007135-2025

FECHA: 11/02/2025

CTA: 51331003

| PARTIDA | CUCUOP   | SERVICIO MEDICO SUBROGADO               | HGZ C/MF No.5                |                              |
|---------|----------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|         |          |                                         | MONTO MINIMO<br>ANTES DE IVA | MONTO MAXIMO<br>ANTES DE IVA |
| 17      | 33900007 | ELECTROENCEFALOGRAMAS<br>ZONA ZACATEPEC | \$ 57,410.34                 | \$ 143,525.86                |

VIGENCIA DEL CONTRATO: La vigencia comprenderá: 12 DE ABRIL DE 2025 AL 31 DE AGOSTO DE 2025

TIPO DE FIANZA: INDIVISIBLE SIN PRORRATA

PORCENTAJE DE FIANZA: 10% SIN IVA

MONTO DE LA FIANZA: \$ 14,352.58

El suministro del servicio deberá realizarse conforme a lo estipulado en el Anexo Técnico y Términos y condiciones, así mismo le informo que deberá firmar contrato a más tardar el día **15 días naturales posteriores a la fecha de asignación** a través del Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos de COMPRANET; así mismo una vez formalizado el contrato deberá realizar la impresión en el módulo antes señalado, el cual deberá acompañar a la documentación descrita en la solicitud de cotización para tramite de pago de acuerdo a lo establecido en la cláusula IV de forma de pago, Para cualquier aclaración favor de comunicarse con el C.P. América V. Morales Becerril vía correo electrónico [america.morales@imss.gob.mx](mailto:america.morales@imss.gob.mx)

ATENTAMENTE

"Seguridad y Solidaridad Social"

LIC. JORGE LUIS LUNA HAM

TIT. DE LA COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO.

Superviso: Ing. Eduardo Sanchez Ruiz, Encargado del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, en términos del Oficio No. 189001100100/0851/2025 de Fecha 07 de Abril de 2025.

Reviso: Lic. Rodrigo Rangel Capetillo.- Jefe de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

Elabora: C.P. América Virginia Morales Becerril.- N47 Líder de Proyecto C



2025  
Año de  
La Mujer  
Indígena

Av. Plan de Ayala No.1201, Esq. Av. Central, Col Ricardo Flores Magón, C.P. 62430, Cuernavaca, Morelos. Tel: (777) 315 54 43

[www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

11/04/2025 09:46 A.M.





**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### ANEXO 1

PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:

PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA. MORELOS

PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS

PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00001



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com  
315-21-44  
315-22-77



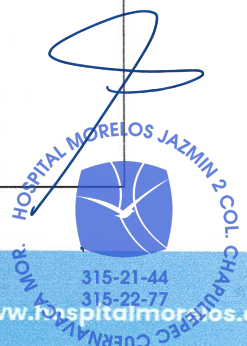


Anexo 1.- Anexo Técnico

a) DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DE LOS BIENES SOLICITADOS:

| PARTIDA  | SERVICIO A SUBROGAR      | ZONA                                  | DESCRIPCION<br>GENERICA<br>(NATURALEZA DEL<br>SERVICIO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CLAVE<br>CUCOP |
|----------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1,2,     | PH METRIAS Y MANOMETRIAS | CUAUTLA Y<br>CUERNAVACA               | La contratación de este servicio permitirá la atención oportuna de la derechohabencia debido a que se contara con los estudios que soporten el diagnóstico del médico tratante.<br>• MANOMETRIA: Estudio que nos sirve para valorar la función esofágica en pacientes con hernia hiatal y trastornos motores esofágicos, así como para definir el procedimiento quirúrgico de funduplicatura total o parcial del paciente.<br>• PH METRIA: Estudio requeridos para determinar reflujo gastroesofágico en pacientes pediátricos y adultos.              | 33900007       |
| 15,16,17 | ELECTROENCEFALOGRAMAS    | CUAUTLA,<br>CUERNAVACA<br>Y ZACATEPEC | La contratación de este servicio permitirá la atención oportuna de la derechohabencia debido a que El electroencefalograma es una prueba diagnóstica de uso frecuente en la práctica diaria. Está indicada en el estudio de la epilepsia y en patologías que se asocian con alteración de la conciencia como las encefalopatías. El estudio electroencefalográfico facilita el estudio del cerebro humano, proporcionando el entendimiento de su actividad normal y patológica, lo que ha permitido realizar diagnósticos más acertados a través de la | 33900007       |

00002







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

| PARTIDA   | SERVICIO A SUBROGAR | ZONA                                  | DESCRIPCION<br>GENERICA<br>(NATURALEZA DEL<br>SERVICIO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CLAVE<br>CUCOP |
|-----------|---------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|           |                     |                                       | exploración<br>neurofisiológica, la cual<br>se basa en el registro de<br>la actividad bioeléctrica<br>cerebral en condiciones<br>basales, en vigilia o<br>sueño, o durante estados<br>patológicos                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| 18, 19,20 | ELECTROMIOGRAFIAS   | CUAUTLA,<br>CUERNAVACA<br>Y ZACATEPEC | Estudio que nos permite<br>determinar la función de<br>la actividad neurológica<br>del paciente desde el<br>tronco observándose los<br>valores de referencia de<br>la funcionalidad ya sea<br>de las extremidades<br>superiores (ambos<br>brazos) o Inferiores<br>(ambas piernas) así<br>como la sensibilidad de<br>daño, así mismo se<br>requiere tener cubierto<br>un periodo de por lo<br>menos para cubrir<br>cualquier descompostura<br>que tenga el equipo | 33900007       |

#### 1. CONDICIONES GENERALES MINIMAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

- Los licitantes interesados en participar deberán tener la capacidad instalada para poder brindar el servicio dentro de la Zona requerida en cada partida, de no ser así se tomará al proveedor de la zona Cuernavaca de conformidad a la partida que oferte. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio se debe prestar forzosamente en la zona requerida.
- El licitante deberá ofertar el servicio, considerando un horario de lunes a domingo en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 1 día hábiles posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos. Excepto Servicio Subrogado de Tomografía y Resonancia Magnética, ya que este servicio deberá prestarse si las unidades hospitalarias lo solicitan de lunes a domingo las 24 horas del día así como el Servicio Subrogado de Auxiliares de Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio deberá prestarse si el HGZ/MF No. 7 lo solicita de lunes a domingo las 24 horas del día.
- El licitante que resulte adjudicado deberá entregar al inicio del contrato al director del Hospital requirente de un listado que contenga los nombres del personal responsable por parte de la empresa con nombre completo, correo electrónico teléfono fijo y móvil en caso de contingencia o problema con respecto al servicio contratado para poder ser contactados por personal de IMSS con el fin de promover la resolución de dudas o problemas inherentes a lo contratado. Solicitando que dicho listado se actualice por la empresa en caso de tener modificación con respecto a su personal y/o datos ahí anotados

00003



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com  
315-21-44  
315-22-77







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

- El licitante deberá contar con una póliza de responsabilidad civil por hasta por el 50% del monto de la partida (S) que oferte y que se le lleguen a adjudicar; misma que entregará máximo diez días posteriores a la firma del contrato.
- En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerará el 50% del monto de la partida más alta.
- El licitante otorgará el servicio subrogado de laboratorio y diagnostico a todos los pacientes referidos mediante las formas 4-30-8/98 "Referencia- contra referencia" y 4-30-2 "Solicitud de subrogación de servicios" el cual tendrá que estar completamente requisitado con los datos solicitados en ellos, firmas de los funcionarios autorizados y sello de vigencia de derechos; por lo que el Instituto no asume ninguna responsabilidad de pago si el servicio se presta sin contar con dichos formatos.
- En caso de existir inconsistencia en formatos, requisitos horarios o información del paciente y el servicio contratado; el licitante deberá de tomar nota de lo sucedido para informar inmediatamente al IMSS (área de Coordinación Clínica de Cirugía y Subdirección Médica) de la unidad que lo refirió con el fin de evitar molestias innecesarias en la medida de lo posible a las derechohabientes del IMSS que acudan al servicio subrogado contratado, no debiendo por ningún motivo suspender la realización del servicio; en caso de hacerlo se aplicarán las sanciones correspondientes.
- También deberá informar por escrito y correo electrónico de dichas inconsistencias al Administrador del contrato
- El licitante considerará al paciente y su familia sujetos primordiales de sus acciones y brindará atención con oportunidad, calidad, eficiencia, efectividad, trato amable, cortés. con oportunidad, calidad y trato humanitario; debiendo utilizar en su práctica diaria y forma adecuada los recursos tecnológicos suficientes para la adecuada y oportuna atención del paciente.
- El licitante deberá prestar el servicio que se le llegue a adjudicar con particular cuidado en el trato y atención a los pacientes referidos por el IMSS, con especial énfasis en el trato amable respetuoso ético y cuidando el pudor de las mismos durante su estancia y atención en el servicio.
- Se podrán realizar conceptos diferentes de estudios a los contratados en cada una de las partidas, de acuerdo a la especialidad, con la justificación que sirvan para evitar poner en riesgo la vida, órgano y/o función de algún paciente, siempre y cuando se cuente con disponibilidad presupuestal dentro del contrato que se llegue a formalizar y con la autorización escrita por la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos.
- En caso de estudios de imagen de Tomografía la interpretación realizada por el médico especialista en radiología e imagen al tratarse de pacientes oncológicos, deberá de realizarla de acuerdo a los criterios del RECIST.
- Todos los estudios de imagenología deberán contar con interpretación por médico especialista en Radiología e Imagen, la cual deberá entregarse a más tardar 48 horas depuesta de la toma de estudios, en los casos de ultrasonido doppler deberán ser realizados e interpretados por médico especialista en cirugía vascular.

## 2. CALIDAD.

Los licitantes deberán acompañar a su propuesta técnica los documentos siguientes:

Escrito en el que señale que los servicios se realizarán con apego a las condiciones establecidas en este anexo y que se prestarán con personal profesional que cuenta con la autorización correspondiente para el ejercicio de

**00004**



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com

315-21-44  
315-22-77







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

la profesión.

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

C. El proveedor deberá otorgar mensualmente todos los documentos y archivos originales que respaldan las actividades mencionadas,

### 3.- Requerimiento:

#### PH METRIA Y MANOMETRIA

| PARTIDA | DESCRIPCION DEL SERVICIO | ZONAS EN LAS QUE SE PRESTARA EL SERVICIO | Clave CUCOP | Mínimo | Máximo |
|---------|--------------------------|------------------------------------------|-------------|--------|--------|
| 1,2     | PH METRIAS Y MANOMETRIAS | CUERNAVACA Y CUAUTLA                     | 33900007    | 16     | 38     |

#### ESTUDIOS REQUERIDOS DE PH METRIA Y MANOMETRIA

| NOMBRE PROCEDIMIENTO |
|----------------------|
| MANOMETRIA           |
| PH METRIA            |

#### ELECTROENCEFALOGRAMAS

| PARTIDA   | DESCRIPCION DEL SERVICIO | ZONAS EN LAS QUE SE PRESTARA EL SERVICIO | Clave CUCOP | Mínimo | Máximo |
|-----------|--------------------------|------------------------------------------|-------------|--------|--------|
| 15, 16,17 | ELECTROENCEFALOGRAMAS    | CUERNAVACA, CUAUTLA y ZACATEPEC          | 33900007    | 305    | 763    |

#### Servicios Requeridos de Electroencefalogramas

| NOMBRE PROCEDIMIENTO                                    |
|---------------------------------------------------------|
| Electroencefalograma (Pacientes Ambulatorios)           |
| Electroencefalograma (pacientes Internados en Hospital) |

Nota: En pacientes Internados en Hospital, el proveedor debe ir a las instalaciones de la unidad hospitalaria a realizar el estudio.

00005



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







**ELECTROMIOGRAFIAS**

| PARTIDA  | DESCRIPCION DEL SERVICIO | ZONAS EN LAS QUE SE PRESTARA EL SERVICIO | Clave CUCOP | Mínimo | Máximo |
|----------|--------------------------|------------------------------------------|-------------|--------|--------|
| 18,19,20 | ELECTROMIOGRAFIAS        | CUERNAVACA, CUAUTLA y ZACATEPEC          | 33900007    | 649    | 1,622  |

**Servicios Requeridos de Electromiografías**

| NOMBRE PROCEDIMIENTO                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES AMBOS (derecho e izquierdo)                   |
| ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES AMBOS (Miembros pélvicos derecho e izquierdo) |
| ELECTROMIOGRAFIA DE COLUMNA (Cervical y torácica)                                     |
| ELECTROMIOGRAFIA DE 4 EXTREMIDADES                                                    |

- a. En caso de que se requieran pruebas, deberá indicar el método de evaluación y el resultado mínimo que debe obtenerse al ejecutar las pruebas, si se requiere verificar el cumplimiento de las especificaciones solicitadas de acuerdo con la LIC, cuando ésta resulte aplicable, dicha comprobación será elaborada por el Área Técnica

NO APLICA

- b. En aquellos casos en que el Área Requirente modifique la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud Cuadro Básico, el Catálogo de Instrumental y Equipo Médico emitidos por la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y el CBI respecto de las especificaciones estipuladas para ese mismo bien en el ejercicio anterior, deberá acompañar a su requisición, un dictamen mediante el cual el Área Técnica acredite que con ello no se limita la libre participación, concurrencia y competencia económica.

NO APLICA

- d. En aquellos casos en que el Área Requirente, modifique las especificaciones técnicas de un bien respecto de las estipuladas en el ejercicio anterior, deberá presentar un dictamen en el que justifique que los requisitos contenidos en las especificaciones técnicas del bien, no limitan de ninguna forma la libre participación, concurrencia y competencia económica; dichos cambios deberán ser validados durante la etapa de la investigación de mercado con objeto de que los cambios efectuados no limiten la libre participación, concurrencia y competencia económica, y de ser el caso, los cambios deberán desprenderse de ésta.

NO APLICA

- e. Normas: Oficial Mexicana, Estándar (antes mexicana), Internacional, de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LIC con base en lo señalado en el numeral 4.28.4 de las presentes POBALINES y, en su caso, el Registro Sanitario correspondiente.

Durante la prestación del servicio el licitante adjudicado tendrá la obligación de dar cumplimiento además de entregar por escrito en donde señale que cumple con las siguientes Normas Oficiales, según corresponda la partida adjudicada:

**00006**





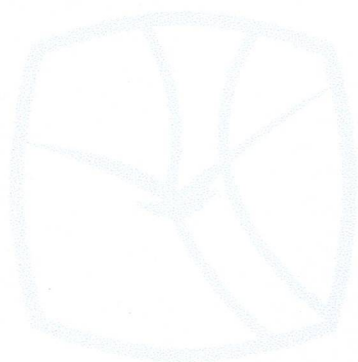


**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

- NOM-001-SSA2-1993 Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-178-SSA1-1998 Que establece los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
- NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.



**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

00007



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com









**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

**"INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES"**  
(Anexo 02).

| No. | FECHA CONSULTA | PERIODO | NOMBRE DEL PACIENTE | No. SEGURIDAD SOCIAL | DE AGREGADO MEDICO | EDAD | SEXO | UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR | DIAGNÓSTICO | IMPORTE | MEDICO DE REFERENCIA IMSS | No. DE FACTURA | COMENTARIOS |
|-----|----------------|---------|---------------------|----------------------|--------------------|------|------|-----------------------------|-------------|---------|---------------------------|----------------|-------------|
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                      |                    |      |      |                             |             |         |                           |                |             |

**"INFORMACIÓN DE FACTURACION"**  
(Anexo 03).

| FECHA | NO. DE FACTURA | MONTO | MES DE FACTURACION | UNIDAD | CONTRATO | SERVICIO | No. DE ESTUDIOS | No. DE CONTRARECIBO | ESTATUS (PENDIENTE DE PAGO, PAGADA, EN REVISION) | OBSERVACIONES |
|-------|----------------|-------|--------------------|--------|----------|----------|-----------------|---------------------|--------------------------------------------------|---------------|
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |

00009



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 7773152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

- A. El licitante deberá contar con una póliza de responsabilidad civil por hasta por el 50% del monto de la partida (S) que oferte y que se le lleguen a adjudicar; misma que entregará máximo diez días posteriores a la firma del contrato.  
En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerará el 50% del monto de la partida más alta.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Atentamente.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00010



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







| OFICINA                                                                                                                                                                                                                           |                  | PRODUCTO | PÓLIZA | ENDOSO | RENOVACIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|--------|--------|------------|
| 01                                                                                                                                                                                                                                | CIUDAD DE MEXICO | 058      |        | 00000  | 09         |
| Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V., en adelante mencionada como GMX SEGUROS, asegura de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza a la persona física o moral denominado en adelante El Asegurado: |                  |          |        |        |            |

|                                                               |                                                                                                    |                                           |              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|
| <b>Contratante</b><br><b>Domicilio</b><br><b>Entidad/C.P.</b> | HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.<br>JAZMIN 2 ,<br>CHAPULTEPEC, CUERNAVACA CUERNAVACA<br>MORELOS 62450 | <b>RFC</b>                                | HMO950626QK7 |
|                                                               |                                                                                                    | <b>Fecha de Nacimiento / Constitución</b> |              |
|                                                               |                                                                                                    | 26 JUNIO 1995                             |              |

|               |  |                                                     |
|---------------|--|-----------------------------------------------------|
| <b>Agente</b> |  | Y ASOCIADOS AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS SA DE CV |
|---------------|--|-----------------------------------------------------|

|                       |                                                              |                      |               |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Vigencia Desde</b> | 365 Días<br>01 MARZO 2025 12:00 horas de la Ciudad de México | <b>Fecha Emisión</b> | 05 MARZO 2025 |
| <b>Hasta</b>          | 01 MARZO 2026 12:00 horas de la Ciudad de México             | <b>Moneda</b>        | NACIONAL      |
|                       |                                                              | <b>Forma de Pago</b> | TRIMESTRAL    |

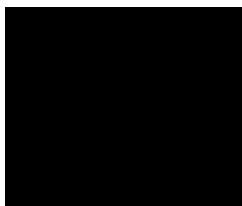
|                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción de Bienes y Riesgos Cubiertos:</b>                                                                                                               |
| Los bienes cubiertos, ubicación, giro o actividad, sumas aseguradas, deducibles y, en su caso, coaseguro se describen en la especificación anexa a esta póliza. |

|              | Prima Neta   | Recargo     | Derecho    | I.V.A.      | Total        |
|--------------|--------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| <b>Prima</b> | \$186,700.00 | \$11,948.80 | \$1,050.00 | \$31,951.80 | \$231,650.60 |

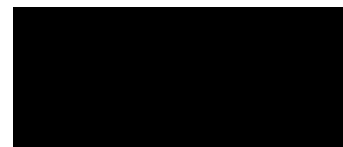
**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de junio de 2023, con el número CGEN-S0092-0034-2023; a partir del día 7 de septiembre de 2023, con el número RESP-S0092-0002-2023 y a partir del día 26 de noviembre de 2015, con el número CNSF-S0092-0451-2015/CONDUSEF-002515-03.**

**Artículo. 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.**

**En términos de lo cual Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V., firma la presente póliza en la Ciudad de México. Esta póliza no es un comprobante de pago, por lo que es necesario exigir su recibo al liquidar la prima.**



00011



**SE ELIMINA POLIZA, CLAVE Y NOMBRE SDE AGENTE CODIGO QR, FIRMA POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025**

**Firma del funcionario autorizado**





GMX Seguros, pone a disposición del asegurado sus derechos y obligaciones, así como las coberturas, exclusiones, restricciones que forman parte de este Contrato de Seguro que se encuentran contenidos en esta póliza y en toda la documentación que forman parte integral del Contrato de Seguro y pueden ser consultados en [www.gmx.com.mx](http://www.gmx.com.mx)

Las condiciones generales aplicables al presente seguro se entregan al Asegurado junto con esta póliza, de igual modo se encuentran a su disposición en las oficinas de GMX Seguros en la dirección establecida en la presente.

Asimismo, el asegurado reconoce que la elección de las coberturas amparadas, deducibles y límites máximos de responsabilidad, han sido responsabilidad suya en su carácter de asegurado y/o contratante, además de que el monto de las primas es de su conocimiento, por lo que acepta que su elección no fue influenciada por la aseguradora en forma alguna, además de que sabe y entiende que la Institución cuenta con otras coberturas a las elegidas que no fueron de su interés.

GMX Seguros pone a su alcance, para una consulta más clara y sencilla, los preceptos legales más utilizados en esta póliza en la página web [www.gmx.com.mx](http://www.gmx.com.mx)

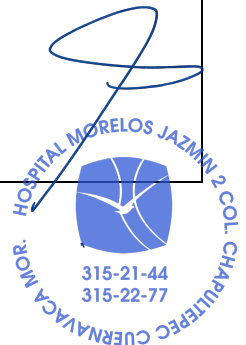
En GMX Seguros, ponemos a su disposición en caso de alguna consulta, reclamación o aclaración relacionada con su Seguro, nuestra **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**, ubicada en Tecoyotitla número 412, Edificio GMX, colonia Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Código Postal 01050, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, o si lo prefiere comunicarse al teléfono 01 (800) 718 89 46 y al (55) 54 80 40 00, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas, y al correo electrónico [unidad.especializada@gmx.com.mx](mailto:unidad.especializada@gmx.com.mx)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información, podrá acudir a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)** con domicilio en Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), teléfono 01 800 999 8080 y 5340 0999 o consultar la página electrónica en internet [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

#### Glosario de Abreviaturas

- C.P.** Código Postal.
- I.V.A.** Impuesto al Valor Agregado.
- R.C.** Responsabilidad Civil.
- R.F.C.** Registro Federal de Contribuyentes.
- S.M.E.** Seguro Múltiple Empresarial.

00012





## ESPECIFICACIONES

**Tipo de Seguro:**

Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional para Hospitales, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios y otras empresas prestadoras de servicios para la salud.

**Giro:**

Hospital general.

**Moneda:**

Nacional.

**Territorialidad:**

República Mexicana.

**Asegurado:**

Hospital Morelos, S.A. de C.V.

**Ubicación de riesgo:**

Jazmin No. 2, Col. Chapultepec, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62450.

**Riesgo asegurado:**

Seguro de responsabilidad civil y responsabilidad profesional para el Asegurado **Hospital Morelos, S.A. de C.V.**, por su actividad como **hospital general** en su parte civil. GMX Seguros se obliga a pagar la indemnización que el Asegurado deba a un tercero a consecuencia de uno o más hechos que realizados sin dolo, ya sea por culpa negligente o imperita (acciones u omisiones) o por el uso de cosas peligrosas, por los servicios de atención médica.

Queda incluida la responsabilidad por el uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos y que dan lugar a responsabilidad civil. Estos aparatos pueden ser todos los usados para fines del diagnóstico y de la terapéutica, en cuanto estén reconocidos por la ciencia médica, y causen un daño previsto en esta póliza a terceras personas con motivo de la prestación de servicios para la salud.

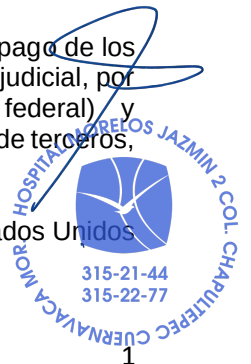
Los daños amparados bajo la cobertura de responsabilidad civil comprenden: lesiones corporales, enfermedades, muerte, así como el deterioro o destrucción de bienes. Los perjuicios y el daño moral, serán considerados dentro del monto a indemnizar, exclusivamente cuando sean consecuencia directa e inmediata de los daños cubiertos en la presente póliza. La cuantificación del daño moral se realizará conforme los conceptos de indemnización determinados bajo los criterios legales establecidos. **Por lo que, para el daño moral se otorgará un sublímite de 25% del límite máximo de responsabilidad contratado en la presente póliza.**

**Función de análisis y defensa jurídica:**

Quedan a cargo de GMX Seguros y dentro del límite de responsabilidad asegurado en esta póliza el pago de los gastos de análisis y defensa legal del asegurado, dichos gastos incluyen la tramitación extrajudicial y judicial, por las vías civil ( Juzgados Civiles ), penal ( Ministerios Públicos y Juzgados de lo Penal, local o federal) y administrativa (CONAMED, OIC, Derechos Humanos, Etc.), así como el análisis de las reclamaciones de terceros, aun cuando ellas sean infundadas, y las cauciones y primas de fianzas requeridas procesalmente.

La responsabilidad civil materia del seguro se determina conforme a la legislación vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

00013







Se entenderá que la función de análisis y defensa jurídica corresponde única y exclusivamente a GMX Seguros y operará bajo los lineamientos que establezca en su dirección y control del siniestro.

**Grupo Mexicano de Seguros S.A de C.V** responderá directa y exclusivamente en el control y atención de los siniestros reportados por parte de los asegurados o a través de sus asesores o representantes en materia de seguros, excluyendo así, cualquier asesoría, diligencia, convenio o actos unilaterales de algún tercero ajeno a las partes que celebran el presente contrato de seguro.

**Base de indemnización:**

De acuerdo con lo previsto en el **inciso a) del artículo 145 bis de la Ley sobre el Contrato de Seguro**, se otorga fecha convencional desde el inicio de vigencia de la primera póliza contratada con GMX Seguros, siempre que las renovaciones hayan sido una cadena ininterrumpida de seguros con GMX Seguros, ello sobre hechos no conocidos ni reclamados previamente al Asegurado o a GMX Seguros y siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a GMX Seguros, durante la vigencia actual de la presente póliza.

Se aclara que, en caso de reclamación, aplicarán los términos y condiciones que prevalecen en la presente póliza.

**Fecha convencional: 01/03/2017.**

**Antecedente de póliza: 01-058-0000096-0000-01.**

**Coberturas:**

- 1 RC Profesional.
- 2 RC por el uso de objetos peligrosos ("RC objetiva").
- 3 RC por suministros de medicamentos y materiales de curación.
- 4 RC por sus actividades e Inmuebles.
- 5 RC por intoxicación de alimentos y bebidas.
- 6 RC por servicios adicionales proporcionados por el asegurado.
- 7 RC por contaminación súbita e imprevista de acuerdo con texto de GMX Seguros.
- 8 Cobertura automáticamente extendida de sus empleados y trabajadores para la responsabilidad civil y para la responsabilidad civil profesional.
- 9 Cobertura automáticamente extendida a estudiantes, estudiantes de medicina y/o estudiantes de residencia y prácticas profesionales, lo anterior, de acuerdo a la normatividad aplicable vigente. (90 residentes).
- 10 Responsabilidad Asumida previo análisis y caso por caso para proveedores de servicios adicionales, conforme a texto GMX Seguros.
- 11 Responsabilidad Solidaria del asegurado, conforme al texto GMX Seguros.

**Límite máximo de responsabilidad:**

**\$3'000,000.00 M.N.** por evento y en el agregado anual. Incluye gastos de análisis y defensa jurídica.

- Sublímite para daño moral: hasta \$750,000.00 M.N. del límite máximo de responsabilidad por evento y en el agregado anual contratado en la presente póliza.
- Sublímite de Responsabilidad solidaria: hasta \$1'500,000.00 M.N. del límite máximo de responsabilidad por evento y en el agregado anual contratado en la presente póliza.

**Coaseguro (aplica únicamente para la función indemnizatoria).**

- Para la responsabilidad civil profesional: 10% para toda y cada reclamación.

**Deducibles.**

- Para daños a terceros en sus personas: Sin deducible.
- Para daños a terceros en sus bienes: 10% de toda y cada reclamación con mínimo de \$25,000.00 M.N.

**Condiciones especiales:**





1. Las contenidas en el producto Seguro GMX de RC\*, Seguro de responsabilidad civil y de responsabilidad profesional para hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios u otras empresas prestadoras de servicios para la salud. **W\_RC.Hospitales\_22.07.2023**
2. Gastos de análisis y defensa jurídica incluidos en el límite máximo de responsabilidad, no se consideran adicionales.
3. La presente cobertura ha sido elaborada considerando que el límite de responsabilidad aquí declarado no es ni prioridad, ni deducible de alguna otra póliza.

**Cláusula para RC por servicios adicionales proporcionados por el asegurado.**

La actividad que lleve a cabo el Asegurado en el desarrollo de los servicios complementarios proporcionados a sus pacientes, clientes o visitantes de acuerdo con su actividad descrita en la cédula de la póliza.

- Responsabilidad civil inmuebles y actividades por los servicios de cafetería, centro de negocios, farmacia, restaurante y tienda de regalo del hospital.
- Responsabilidad civil por intoxicación de bebidas y alimentos: Expresamente se asegura el riesgo derivado de los servicios de alimentos preparados por hospital, incluyendo el riesgo de envenenamiento o intoxicación provocados por los alimentos o las bebidas preparadas por el Asegurado y sean consumidas dentro del establecimiento o prestadas por sus servicios de cafetería para el público en general.

Se incluye el riesgo de daño por presencia de un cuerpo extraño en los alimentos o en las bebidas antes mencionadas.

**Cláusula de responsabilidad civil RC contaminación súbita e imprevista.**

Para efectos de esta póliza, se entenderá por contaminación toda alteración que, por alguna de las causas indicadas en el siguiente párrafo, sufra la composición o condición normal y natural del aire, el agua, el suelo, la flora, la fauna o cualquier otro elemento natural y que cause daños a la salud o a los bienes de las personas.

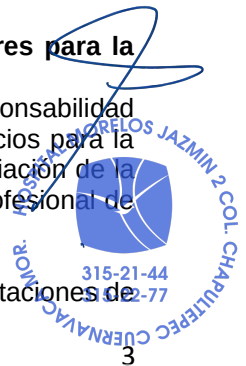
Queda cubierta la responsabilidad civil del Asegurado por daños a las personas o a sus bienes, resultantes de contaminación causada por emisiones, emanaciones, descargas o derrames de humos, polvos, gases, vapores, ruidos, vibraciones, olores o líquidos, siempre que se produzcan en forma repentina, inesperada, accidental, anormal e imprevista y a condición de que el hecho contaminante se presente en forma aislada y no como consecuencia de incendio, explosión, terremoto, inundación, rayo u otros fenómenos naturales o actos de tercero; será requisito, además, que el acto generador y la contaminación se inicien y los efectos dañinos se manifiesten y se reclamen durante el periodo de cobertura esta póliza.

Por tanto, este seguro no cubre la responsabilidad proveniente de daños causados por contaminación gradual, paulatina o normal y tampoco la que, aunque se haya presentado de manera repentina, inesperada, accidental, anormal e imprevista, se prolongue por más de dos semanas.

**Consideraciones para cobertura automáticamente extendida de sus empleados y trabajadores para la responsabilidad civil y para la responsabilidad civil profesional.**

Se aclara que la Cobertura automáticamente extendida es para la responsabilidad civil y para la responsabilidad civil profesional del personal o trabajadores del Asegurado, por lo tanto, ningún prestador de servicios para la salud que no se encuentre bajo este supuesto estará amparado. De acuerdo a la cláusula de Ampliación de la cobertura automáticamente extendida para la responsabilidad civil y para la responsabilidad civil profesional de su personal o trabajadores, que ya existe y no modifica el riesgo, sólo realiza hincapié a la misma.

Como preámbulo se aclara que los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a obtener prestaciones de



salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares de acuerdo a las Leyes Mexicanas, en este caso de derivarse de este apartado un reclamo.

Por lo anterior y en los casos en que se decida por procedimiento, protocolo o reglamento interno, que la atención médica proporcionada a los usuarios de los servicios de atención médica, se deba utilizar un tratamiento, diagnóstico, profilaxis, rehabilitación o de cuidados paliativos a enfermos en estado terminal, de bajo costo comercial y con lo cual se limiten los procesos utilizados en la Lex Artis Médica, en donde el riesgo de eventos adversos sea menor, y con ello se amplíe la exposición en dañar al usuario y la reclamación se derive de un daño ocasionado por la decisión de haber utilizado estos procesos de bajo costo, será exclusión absoluta de la póliza y por ende, no será procedente ninguna de las funciones indemnizatorias, ni de análisis y defensa jurídica del seguro.

**Cláusula de responsabilidad civil asumida caso por caso para proveedores de servicios adicionales.**

Está asegurada la responsabilidad civil en la que incurre el Asegurado cuando asuma responsabilidades ajenas, por convenio o por contrato, donde se compromete a la substitución del obligado original, para reparar o indemnizar daños cubiertos.

Es condición básica para que este seguro surta efecto, que GMX Seguros, por escrito, manifieste cuales son los convenios o contratos asegurados, para lo anterior, el Asegurado deberá proporcionarle copia fiel de dichos convenios o contratos que desee queden asegurados, a fin de que GMX Seguros determine la aceptación del riesgo y extiende la constancia correspondiente.

La presente cobertura no tiene la naturaleza de una garantía a favor de los obligados originales y no puede en consecuencia, ser asimilada a una fianza, prenda, aval o a cualquier garantía, personal o real, por el incumplimiento de los contratos o convenios celebrados por el obligado original.

Contratos o convenios materia de este seguro respecto de cualquier responsabilidad que sea imputable al asegurado con motivo de la cobertura RC Asumida, por lo que GMX Seguros asumirá la función de análisis y defensa jurídica, así como el pago de la indemnización en caso de acreditarse la responsabilidad correspondiente.

**Cláusula sobre la responsabilidad solidaria del asegurado.**

Queda cubierto la indemnización que el asegurado deba de pagar a un tercero por motivo de la condena o determinación judicial que establezca una responsabilidad como obligado solidario al asegurado, derivado de la responsabilidad profesional del personal médico o auxiliar de la medicina, externos, persona física, o de empresas de salud; que den atención en sus instalaciones hasta un sublímite máximo de responsabilidad en el agregado anual y por evento de **\$1'500,000.00 M.N.** del Límite Máximo de Responsabilidad contratado en la presente póliza, incluyendo los servicios médicos a cargo de personas jurídicas distinta al Asegurado.

Consideraciones particulares que de no cumplirse se convierten en exclusiones absolutas:

- a) Es indispensable que el profesionista externo, médicos independientes, cuenten con una póliza de responsabilidad civil profesional o póliza de servicios legales respaldada por una póliza de seguro de responsabilidad civil de por lo menos de un límite por evento de **\$1'500,000.00 M.N.** para hacer efectiva la reclamación.

**CLÁUSULA ÚNICA QUE DESCRIBE SU SEGURO DE RESPONSABILIDAD COMO ESTUDIANTE DE MEDICINA Y/O ESTUDIANTE DE RESIDENCIA MÉDICA**

**I. Responsabilidad como estudiante de medicina y/o estudiante de residencia médica.**

GMX Seguros se obliga a pagar la indemnización que el Asegurado deba a sus pacientes o a terceros dañados a consecuencia de uno o más hechos realizados sin dolo, ya sea por culpa negligente o imperita (acciones u omisiones), que ocasione **por el uso de cosas peligrosas durante las prácticas médicas como estudiante**







**de medicina, lo anterior siempre y cuando este bajo la dirección y supervisión de un médico titulado, de acuerdo a la normatividad aplicable vigente durante la realización de dichas prácticas.**

Para los efectos de este contrato se tendrá como fecha de ocurrencia del daño corporal, aquella en la que el profesionista, dentro del período de vigencia de la póliza, prescribe una terapéutica o realiza una intervención a un paciente por primera vez, por el padecimiento materia de la consulta.

## **II. Responsabilidad por el uso de objetos peligrosos ("objetiva").**

También queda incluida la responsabilidad por el uso de los mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosos por sí mismos y que dan lugar a responsabilidad civil por sus actividades como estudiante de medicina.

Estos aparatos pueden ser todos los usados para fines del diagnóstico o de la terapéutica, en cuanto estén reconocidos por la ciencia médica, incluyendo equipos de medicina nuclear y materias radioactivas con irradiador (isótopo) o la bomba de cobalto, cuyo uso requiere seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares, conforme indica la Ley de Responsabilidad Civil por Daños Nucleares.

Por lo anterior y a modo ejemplificativo, la cobertura ampara la responsabilidad por el uso de aparatos de rayos X, rayos gamma, aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas, rayos de onda corta o rayos corpusculares (verbi gratia: betatrón o acelerador de electrones, generador Van der Graaf, acelerador lineal, ciclotrón, sincrotrón), rayos láser o rayos gamma para microcirugía o terapéuticas, entre otros.

## **III. Suministros de medicamentos y materiales de curación.**

Además, queda asegurada la responsabilidad civil del Asegurado a consecuencia del suministro de materiales médicos, dentales o quirúrgicos a los pacientes y medicamentos necesarios para el tratamiento, siempre que los mismos hayan sido elaborados según receta médica en el establecimiento del Asegurado que goce de licencia o autorización oficial.

## **IV. Exclusiones (aclaraciones especiales para la CLÁUSULA ÚNICA QUE DESCRIBE SU SEGURO DE RESPONSABILIDAD COMO ESTUDIANTE DE MEDICINA Y/O ESTUDIANTE DE RESIDENCIA MÉDICA).**

a) Responsabilidades que no son atribuibles al Asegurado, lógicamente no están aseguradas:

Como el presente seguro cubre la responsabilidad profesional del estudiante de medicina, no cubre la responsabilidad civil de los fabricantes de los medicamentos o materiales de patente aunque sean prescritos médicamente, cuando el daño se origine por el producto mismo y no por la negligencia culposa, ni por la impericia culposa médica del Asegurado o del personal bajo relación de trabajo con el Asegurado.

b) Responsabilidades que no se deriven de la preservación de la vida o la búsqueda de la salud, lógicamente no están aseguradas:

El presente seguro cubre la responsabilidad civil por las actividades como estudiante de medicina con fines de diagnóstico, de terapéutica, de prevención o de rehabilitación para la preservación de la vida o la búsqueda de la salud, pero no el ejercicio de dichas prácticas con fines diferentes a los mencionados.

Por lo anterior, no estará cubierta cualquier participación en su carácter de estudiante en la práctica de algún aborto, salvo:

- Que tenga el carácter de necesario cuando la embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que le asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.
- La práctica del aborto cuando el embarazo sea resultado de una violación, cuando esta circunstancia obra en actuaciones del ministerio público competente.

00017



- c) Se aclara que en caso de que el estudiante participe en alguna cirugía plástica, así como la práctica de odontología estética, no se cubre la responsabilidad por la garantía de que el resultado obtenido no coincida con el proyectado.
- d) Quedan excluidas las actividades provenientes del ejercicio de sus actividades como estudiante de medicina, realizadas fuera de territorio de los Estados Unidos Mexicanos, ni la consulta u opinión de pacientes en el extranjero por medios electrónicos u otros.

#### **Cláusula de Concurrencia.**

Señala la obligación a cargo del Asegurado de declarar la contratación de otro u otros seguros por el mismo interés asegurado en esta póliza.

Cuando el Asegurado contrate con varias compañías pólizas contra el mismo riesgo y por el mismo interés, tendrá la obligación de poner en conocimiento de GMX Seguros los nombres de las otras compañías de seguros, así como los límites asegurados.

GMX Seguros quedará liberada de sus obligaciones si el Asegurado omite intencionalmente el aviso del párrafo anterior o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito.

Dichas compañías de seguro participaran en cantidades iguales en el pago del siniestro.

En caso de que se agote el límite o suma asegurada de cualquiera de las pólizas, el monto excedente será indemnizado en cantidades iguales por las compañías de seguros con límites o sumas aseguradas mayores, hasta el límite máximo de responsabilidad que tengan cada una de ellas.

Lo anterior de conformidad con los arts. 100, 102 y 103 de la Ley de contrato de Seguro.

#### **Exclusiones:**

**Adicionalmente a las exclusiones mencionadas en el condicionado general de esta póliza, aplican las siguientes:**

- **Acciones dolosas de parte del asegurado.**
- **No serán materia de cobertura las reclamaciones derivadas del incumplimiento de obligaciones contraídas por contrato, en el cual se tenga por objeto la ejecución de trabajos en tiempo y calidad convenidos.**
- **Garantía de calidad y/o eficacia del producto y/o servicio.**
- **Pagos ex gratia.**
- **Reclamaciones de médicos o cirujanos estéticos que no acrediten contar con una cedula profesional de especialidad vigente o certificación del consejo de especialidad médica al que corresponda su actividad.**
- **RC Depositario y/o bienes bajo control y/o custodia del asegurado.**
- **Multas.**
- **Daños punitivos o ejemplares y/o venganza.**
- **Responsabilidad por la fabricación de productos farmacéuticos y transgénicos además la participación en estudios farmacológicos o de nuevos recursos.**
- **Actividades de tatuajes de cualquier tipo.**



- Responsabilidades derivadas de accidentes carreteros de las ambulancias.
- Responsabilidades derivadas, de la posesión, operación o uso de vehículos tales como ambulancias fuera de la observación, vigilancia y direccionamiento del asegurado.
- RC Estacionamiento.
- Reclamaciones del personal externo contratado por outsourcing u honorarios.
- Demandas provenientes del Extranjero.
- RC Patronal y/o compensación laboral y/o enfermedades de trabajo y/o riesgos de trabajo.
- Cualquier tipo de riesgo cibernético.
- Cualquier tipo de ataque cibernético.
- Riesgos de nanotecnología.
- Polvo o harina de silica / dióxido de cristal de silicio.
- Vicios ocultos.
- Asbestos; cualquier responsabilidad real o supuesta por cualquier reclamación o siniestro o pérdidas surgidos directa o indirectamente o como consecuencia de asbestos (amianto), en cualquier forma o cantidad.
- RC Arrendatario de bienes inmuebles.
- GMX Seguros no será responsable de pagar daños y/o costos originados en, basados en, atribuibles a reclamaciones generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente actividad(es) que tengan que ver con países, entidades y/o personas Sancionados por el Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica.
- Daños ocasionados por el uso de sustancias Per y Polifluoroalquilo (PFAS) y sus derivados.
- No se cubren las reclamaciones provenientes de la atención médica a distancia (telemedicina), ya sea por medio de vídeo llamadas o consultas telefónicas.

**Derecho de inspección a las ubicaciones de riesgo.**

GMX Seguros, se reserva el derecho de visitar las instalaciones materia de cobertura, al inicio de vigencia o cuando lo juzgue necesario, y el Asegurado manifiesta su acuerdo en mostrar sin reserva alguna, toda la información e instalaciones que le sean requeridas con el propósito de que GMX Seguros o sus representados evalúen el riesgo desde la perspectiva gerencial y operativa clínica de dicho hospital, así como la gestión jurídica en torno a proteger los intereses del Asegurado, referente a los nuevos criterios de responsabilidad civil para hospitales establecidos por el Poder Judicial Federal.

Así mismo, GMX Seguros, una vez realizada la visita, podrá realizar observaciones y solicitar la consideración o acuerdo del Asegurado, para la modificación o adecuación de sus instalaciones, de su protocolo operativo y administración gerencial, con el objeto de llevarlas a cabo, dentro de los 60 días siguientes a su visita; una vez transcurrido ese plazo, GMX Seguros se reserva el derecho de modificar, extraprimar o cancelar la cobertura de seguro, en los 30 días siguientes, al plazo antes mencionado, ello, cuando no se cumpla suficiente y debidamente con los requerimientos mínimos que determinen los supervisores y verificadores que representan a GMX Seguros, haciendo en su caso, la devolución de la **00019** no devengada que corresponda en el supuesto de cancelación.





**Información adicional:**

Recurso Humano (empleados directos):

- Ver **Anexo de Especificación**.

Recurso Humano (empleados externos):

- No aplica.

Camas:

- 10 camas censables.
- 17 camas no censables (camillas, sillones para tratamiento etc.).

Aparatos:

- 3 quirófanos.
- 1 sala de expulsión.
- 3 de radiología.
- 1 tomógrafo axial.
- 1 ultrasonografía.
- 1 de corriente estimulante.
- 13 de diagnóstico vital.
- 1 de esterilización.
- 1 de cubículo de choque.
- 1 cubículo de endoscopia.
- 1 de hemodiálisis.

Póliza anterior:

- 01-058-0000096-0000-08.

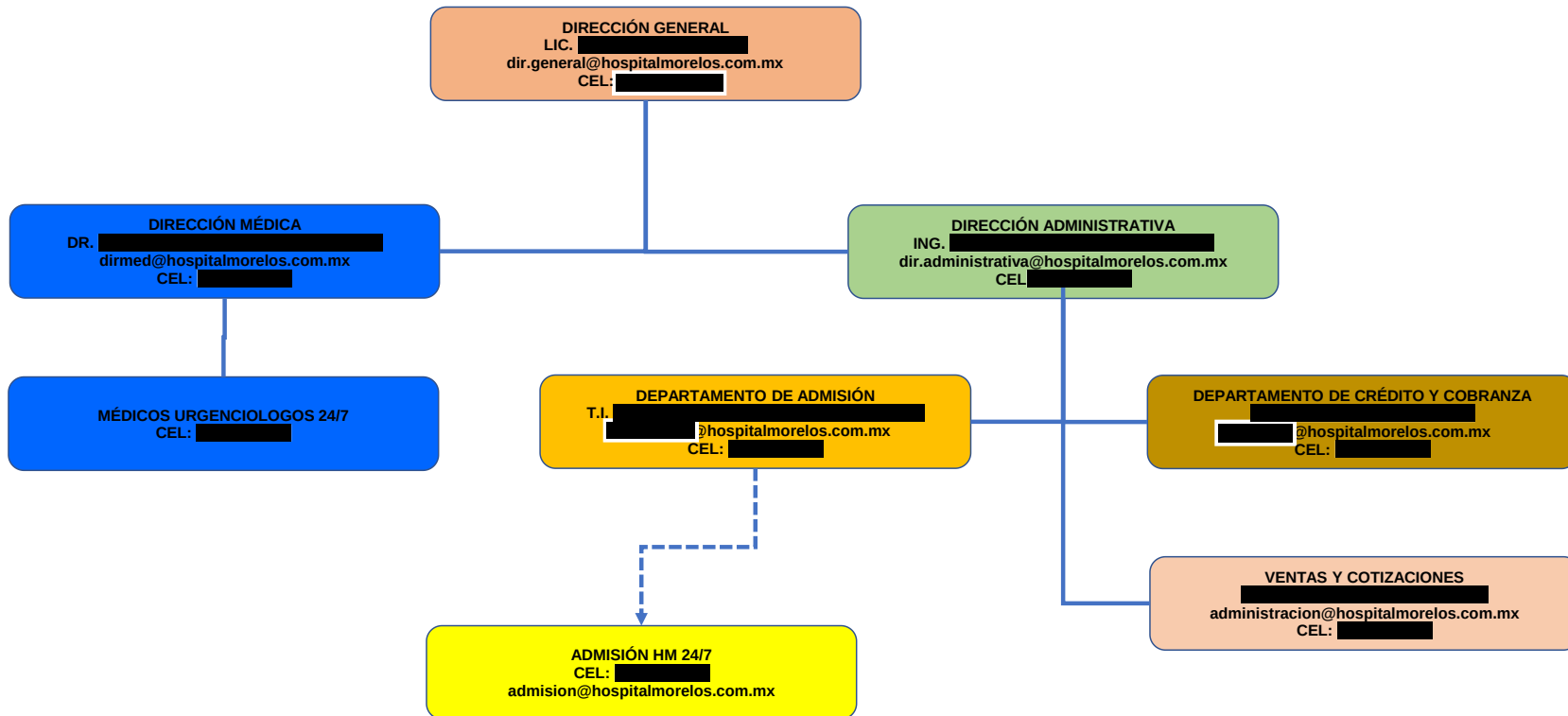
Otros:

- 3 consultorios.

**00020**



## ORGANIGRAMA HOSPITAL MORELOS ADMINISTRACIÓN DE ASEGURADORAS



00021

SE ELIMINA NOMBRE, NUMERO DE CELULAR Y CORREO ELECTRONICO POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025

HOSPITAL MORELOS JAZMÍN COL. CHAPULTEPEC CUERNAVACA MORELOS  
315-21-44  
315-22-77



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)



**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 7773152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

## 2. CALIDAD.

Yo, **Lic. Laura Leticia Pérez Rizo**, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los servicios se realizarán con apego a las condiciones establecidas en este anexo y que se prestarán con personal profesional que cuenta con la autorización correspondiente para el ejercicio de la profesión.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

**Lic. Laura Leticia Pérez Rizo**  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00022



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com.mx](http://www.hospitalmorelos.com.mx)







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS, NORMAS MEXICANAS, INTERNACIONALES, REFERENCIA O  
ESPECIFICACIONES.**

Yo, Lic. Laura Leticia Pérez Rizo en mi carácter de apoderada legal de la empresa HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V. manifiesto que para la prestación del presente servicio los licitantes deberán acompañar a su propuesta técnica los documentos siguientes.

Durante la prestación del servicio el licitante Hospital Morelos S.A. de C.V. Si es adjudicado tendrá la obligación de dar cumplimiento además de entregar por escrito en donde señale que cumple con las siguientes Normas Oficiales, según corresponda la partida adjudicada:

- NOM-001-SSA2-1993 Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-178-SSA1-1998 Que establece los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
- NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00023



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)





**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Licitación Pública Nacional Electrónica  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 777 315 2014, 777 3152 144. 777 279 3330.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

ANEXO 2.  
TÉRMINOS Y CONDICIONES

PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:

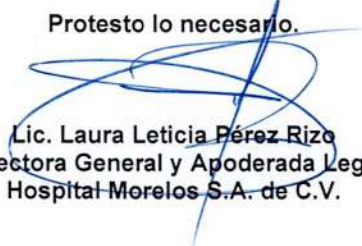
PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA. MORELOS

PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS

PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00053



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

Los presentes términos y condiciones cuentan con la totalidad de elementos de acuerdo con el numeral 4.24.4 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES) de acuerdo con los siguientes incisos:

a. Vigencia de la contratación y ejercicio presupuestal

**Al día siguiente del fallo al 31 de agosto 2025**  
**Ejercicio presupuestal 2025**

b. Plazo de entrega del bien, arrendamiento o servicio, indicando en su caso, el calendario y programa de entregas que corresponda, así como los lugares de entrega.

| Plazo de entrega del bien arrendamiento o servicio |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PARTIDA                                            | DESCRIPCION DEL SERVICIO                 | PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CLAVE CUCOP | CANTIDAD O MEDIDA                                                                       |
| 1                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUERNAVACA | El licitante deberá ofertar el servicio, considerando un horario de lunes a domingo en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 1 día hábil posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio deberá prestarse si el HGZ/MF No. 7 lo solicita de lunes a domingo las 24 horas del día. | 33900007    | De acuerdo a la solicitud de Servicios por parte de las Unidades Médicas Hospitalarias. |
| 2                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUAUTLA    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 15                                                 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUERNAVACA    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 16                                                 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUAUTLA       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 17                                                 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 18                                                 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUERNAVACA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 19                                                 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUAUTLA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |
| 20                                                 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA ZACATEPEC         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007    |                                                                                         |

Entrega:

EL licitante HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V. interesado en participar deberán tener la capacidad instalada para poder brindar el servicio dentro de la Zona requerida en cada partida, de no ser así se tomara al proveedor de la zona Cuernavaca de conformidad a la partida que oferte. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio se debe prestar forzosamente en la zona requerida.

00054



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







El instituto en cualquier momento podrá efectuar inspecciones con el fin de verificar el cumplimiento de la calidad del servicio ofertado y adjudicado, al participante que resulte adjudicado.

**LICITANTE:**

**HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**

**R.F.C. HMO950626QK7.**

**CALLE: JAZMIN No. 2, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.**

**CUERNAVACA MORELOS**

**TELS. 777 315 2014, 777 315 2144, 777 315 2277.**

El participante adjudicado se obliga a cumplir con la prestación del servicio tal y como lo oferto y se adjudicó, en caso de incumplimiento se le aplicara la pena convencional estipulada, además de que el Instituto podrá proceder si así lo considera con el inicio del procedimiento de rescisión de contrato.

El instituto en cualquier momento podrá efectuar inspecciones con el fin de verificar el cumplimiento de la calidad del servicio ofertado y adjudicado, al participante que resulte adjudicado.

El participante adjudicado se obliga a cumplir con la prestación del servicio tal y como lo oferto y se adjudicó, en caso de incumplimiento se le aplicará la pena convencional estipulada, además de que el Instituto podrá proceder si así lo considera con el inicio del procedimiento de rescisión de contrato

- c. Mecanismo de evaluación de proposiciones. Para el caso de que la evaluación se realice a través del mecanismo de evaluación binaria, el Área Requirente deberá presentar la justificación respectiva en términos del artículo 51, párrafo segundo del RLAASSP

El licitante HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V. deberá acompañar a su propuesta técnica, en copia simple, copia de la documentación que a continuación se señala:

- Licencia Sanitaria expedido por la SSA
  - Aviso de Funcionamiento expedido por la SSA
  - Aviso de Responsable Sanitario expedido por la SSA
  - Registro sanitario del material de osteosíntesis
- Todo el material de osteosíntesis deberá ser de una misma marca

**1.1. INSTALACIONES.**

- A. Las instalaciones deberán ser adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender a los derechohabientes referidos y la distribución espacial y mobiliario del área de espera deberán cumplir los lineamientos señalados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- B. Deberá disponer de consultorios que cuenten con equipo médico instrumental y mobiliario completo especializado de su área para realizar la valoración integral de cada paciente.
- C. En el caso de la partida de Resonancia Magnética y Tomografía el licitante deberá contar con un servicio integrado de anestesiología que deberá contar título, cédula de especialista y curso de ACLS y Certificación vigentes, que deberá ser acreditado con contrato de prestación de servicio vigente durante el periodo que se va a contratar, con la finalidad garantizar la atención medica de urgencias en caso de eventos adversos o complicaciones relacionadas con la anestesia y la administración de medios de contraste.
- D. De acuerdo con la especialidad que ofrece el proveedor de atención médica, el consultorio deberá cumplir con los requerimientos de equipo descritos en la NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

**00055**



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







- E. Cuando deba sustituir en su caso, el instrumental y consumibles necesarios, en virtud de mejoras tecnológicas y/o disposiciones de las autoridades sanitarias, el proveedor lo deberá informar al Instituto con el fin de garantizar la calidad de los estudios contratados
- F. Las instalaciones del proveedor deben de ser accesibles a la Población Derechohabiente a la cual brinda los servicios y sin barreras arquitectónicas para atención de discapacitados.
- G. El licitante deberá respetar el domicilio de ubicación del servicio subrogado de laboratorio y diagnóstico en el domicilio especificado en su propuesta y no podrá prestarse en un lugar diferente al estipulado; a menos que se tenga la autorización por escrito del jefe Delegacional de Prestaciones Médicas y siempre y cuando las instalaciones que se ofrezcan cumplan lo mencionando en el presente anexo.
- H. El Instituto realizara supervisiones con el fin de garantizar que los establecimientos donde se atiende a los derechohabientes cuenten con las siguientes medidas de seguridad:
1. Sistemas de alarma
  2. Detectores de humo
  3. Salida de emergencia adicional a la de acceso con puertas abatibles y barra de emergencia u otro dispositivo de fácil operación
  4. Rutas de evacuación señalizadas y pasillos libres de obstáculos
  5. Punto de reunión señalizado
  6. Acreditar la realización de simulacros de evacuación (avalados por protección civil del estado y vigentes durante el lapso del contrato)
  7. Equipo contra incendios que se encuentre en sitios visibles con recarga vigente y el personal sabe cómo utilizarlo
  8. Iluminación de emergencia
  9. Programa interno de protección civil vigente y aplicado
  10. Visto bueno de protección civil municipal o delegacional.
- I. El proveedor que participe deberá presentar, la documentación que sustente el cumplimiento de lo solicitado en la "Cedula de Verificación de las condiciones de Seguridad y Protección Civil en las Unidades Médicas subrogadas 2013", y que se enlistan a continuación:  
Independientemente de lo anterior el Instituto realizará visitas de supervisión física a los establecimientos a fin de aplicar la Cédulas y verificar la documentación sustento de cumplimiento con lo solicitado en la multicitada cedula, a continuación, se relacionan los puntos que contiene:
1. Sistemas de alarma: cuenta con panel de control de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo) está enlazada a una central o servicio de emergencia.
  2. Detectores de humo: Hay un detector por cubículo, por pasillo y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados; instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.
  3. Extintores: Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos.
  4. Iluminación de emergencia: ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe estar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.
  5. Película de protección de cristales: si el programa interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas una película de protección que los hace inastillables, el establecimiento debe contar con ella.
  6. Capacitación: debe contar con constancia de capacitación del personal (DC-3) en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la unidad interna de protección civil. La capacitación deberá ser emitida por un capacitador externo o interno que cuente con los registros ante la secretaria del Trabajo y Previsión Social y su Registro de Protección Civil Vigente
  7. Salida de emergencia: Cuenta con salida de emergencia y la apertura de las puertas es hacia el sentido de la misma, cuenta un mecanismo de apertura desde dentro y no tiene seguros puestos durante horas laborales y está debidamente identificada.
  8. Programa interno de protección civil y brigadas, vigente, aplicada y aprobada por la autoridad de protección civil.
  9. Simulacro de evacuación: acredita la realización de simulacro, en el número establecido por la autoridad en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de incendio por lo menos

00056







- uno al año y la evacuación del inmueble se efectúa en el tiempo estipulado por la autoridad en la materia.
10. Licencias y dictámenes: Cuenta con visto bueno de la autoridad de Protección Civil, con bitácoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas y de gas.
  11. Señalización: Rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuentan con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.
  12. Rutas de evacuación y puntos de reunión deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros.
  13. Si el inmueble es de dos plantas, las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90m. con pasamanos fijos a una altura de 0.90m. y baranda colocada a una distancia intermedia entre el barandal y la paralela formada con la altura media del peralte de los escalones; los elementos verticales de los barandales (balaustres) se encuentran colocados en cada escalón, en caso de que no se cuente con baranda o cada 4 escalones en caso de contar con ellas, y presenta material antiderrapante.
  14. Las puertas internas deben tener como mínimo de 0.90 de ancho y su abatimiento no debe obstaculizar el sentido de la ruta de evacuación.
  15. Del numeral 1,2 y 3 deberán contar con contrato vigente de la prestación del servicio antes mencionado.
  16. De los puntos anteriores deberán de cumplir estricto apego a las Normas, Leyes y Reglamentos vigentes de Protección civil del Estado de Morelos.

## 1.2 PERSONAL.

- A. El licitante deberá presentar listado del personal médico que prestará el servicio de acuerdo a la partida que oferte; el que deberá ser médico especialista titulado con cedula profesional y cédula de especialidad.
- B. El licitante deberá presentar listado del personal auxiliar de enfermería, titulado y con cedula profesional; y/o constancia que avale que es auxiliar de enfermería por plantel educativo incorporado a la SEP, UAEM, UNAM o Politécnico.

Las modificaciones a la plantilla de personal del servicio contratado serán notificadas a la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud de la Delegación Morelos y al Administrador del Contrato, con una anticipación mínimo de 5 días hábiles, realizándose las adecuaciones necesarias para no afectar ningún servicio.

## 3. REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS

- A. El licitante deberá de requisitar el formato "INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES" (Anexo 02). El cual deberá ser enviado de manera semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe:

| UNIDAD                                         | NOMBRE                                                                 | CORREO                                                       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| COORDINACION AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo Lopez                                       | milton.canedo@imss.gob.mx,                                   |
| H.G.R./M.F. No.01                              | M.E. Roberto Gonzalez Carcaño<br>C.P. Oscar Cabañas López              | roberto.gonzalezc@imss.gob.mx,<br>oscar.cabanass@imss.gob.mx |
| HGZ/MF No. 7                                   | M.E. Davis Estrada Garcia<br>C. Milton Ramses Ordoñez Arellano         | marco.bermudez@imss.gob.mx<br>milton.ordonez@imss.gob.mx     |
| HGZ/MF NO. 5                                   | M.E. Minetteh Yolisma Garcia Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | minetteh.garcia@imss.gob.mx<br>gustavo.castrejon@imss.gob.mx |

00057







- B. Licitante deberá requisitar el formato "INFORMACIÓN DE FACTURACION" (Anexo 03). El cual deberá ser enviado junto con la información semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe, dentro de los 3 días hábiles de la semana inmediata siguiente.

Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

- e. Documentación técnica necesaria, como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar las especificaciones técnicas requeridas.

No aplica

- f. Visitas a las instalaciones institucionales, donde se suministrarán o colocarán los bienes o donde se prestarán los servicios.

No aplica

- g. Si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes. Se deberá precisar puntualmente, el objeto y el resultado que se espera obtener de la misma.  
Visita a las instalaciones de los licitantes con el fin de aplicar la Cedula de Verificación de las Condiciones de Seguridad y Protección Civil de las Unidades Médicas Subrogadas 2025, para lo cual, el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) realizará la visita física al inmueble propuesto por el licitante para aplicar dicha cédula, dentro de los 2 (DOS ) días naturales posteriores a la apertura de las propuestas.

- h. Las penas convencionales y deducciones al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.8 de las POBALINES.

- **Penalizaciones**

Se aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 1.0%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el I.V.A., en el supuesto siguiente

Cuando el proveedor no otorgue el servicio conforme al calendario y horarios establecidos.

Cuando el proveedor no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado en el presente contrato y sus anexos, considerándose este plazo como entrega oportuna: cita el mismo día y un máximo de cuatro días. Una vez transcurrido (1) un día hábil posterior a la fecha comprometida para la realización del servicio, será potestativo para el instituto aceptar el motivo de retraso.

- **Deductivas**

| Num | Descripción    | Rango         |
|-----|----------------|---------------|
| 1   | Bienes         | Del 0.2 al 1% |
| 2   | Servicios      |               |
| 3   | Arrendamientos |               |

00058



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







**DEDUCTIVAS**

El instituto aplicará deductivas por deficiencias en el servicio en los supuestos siguientes:

- En caso de que el instituto por urgencia de la prestación del servicio este obligado a contratar un tercero por incumplimiento, el prestador de servicio pagara como pena convencional el equivalente al 100% de los gastos que el instituto haya erogado por este concepto, o sus derechohabientes.
- De generarse alguna reclamación por parte del derechohabiente por deficiencias en el servicio recibido debidamente documentado, el proveedor se hará acreedor a un deductivo equivalente al 1% sobre el costo del servicio.
- Cuando el proveedor incumpla en la entrega del informes ANEXO 2 Y ANEXO 3 (insertos en el anexo) técnico después de 3 días hábiles, teniendo como evidencia de entrega sello y firma de la coordinación y/o acuse de recibo en correo electrónico a los correos arriba mencionados se aplicara el 1.0% sobre el monto facturado en el mes que corresponda.

| UNIDAD                                               | NOMBRE                                                                    | CORREO                                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| COORDINACION<br>AUXILIAR OPERATIVA<br>ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo                                                | milton.canedo@imss.gob.mx,                                   |
| H.G.R./M.F. No.01                                    | M.E. Roberto Gonzalez Carcaño<br>C.P. Oscar Cabañas López                 | roberto.gonzalezc@imss.gob.mx,<br>oscar.cabanass@imss.gob.mx |
| HGZ/MF No. 7                                         | M.E. David Estrada Garcia<br>C. Milton Ramsés Ordoñez<br>Arellano         | David.estrada@imss.gob.mx<br>milton.ramses@imss.gob.mx       |
| HGZ/MF NO. 5                                         | M.E. Minetteh Yolisma Garcia<br>Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | minetteh.garcia@imss.gob.mx<br>gustavo.castrejon@imss.gob.mx |

- Si durante las visitas de supervisión que se realicen al contrato se detectan deficiencias en el servicio contratado, el proveedor se hará acreedor a un deductivo equivalente al 1.0 % sobre el valor de lo facturado en el mes donde se detecten estas deficiencias.
- Supervisiones a Instalaciones si se acredita que el proveedor no cumple con estas condiciones, se iniciara el proceso de rescisión del contrato que en su caso se suscriba.

No obstante, la aplicación de las penas convencionales y deductivas antes indicadas, el instituto podrá rescindir el contrato respectivo.

El proveedor autorizará al instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

La pena convencional y/o deductiva se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales y deductivas no deberá exceder el importe de dicha garantía.

Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 95 y 96 del reglamento de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del instituto.

i. En su caso, mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

**No aplica**

**00059**



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







j. Garantías de anticipos, cumplimiento, defectos o vicios ocultos de bienes, deberán de apegarse al numeral 4.30.1 penúltimo párrafo de estas POBALINES, así como la calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según sea el caso.

- **Garantía por anticipo:** No ( x ), Si ( ) .
- **Garantía de cumplimiento:** No ( ) , Si ( x ) : % sobre el monto del contrato: Forma de acreditarla: 10%, Plazo de entrega :15 días después de la firma del contrato, Divisible o indivisible: **indivisible**, Prorrata: NO. Periodo de garantía: **Durante la vigencia del contrato.**
- **Garantía por defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento.** Si ( ) , No ( x ) monto a solicitar: % Forma de acreditarla.
- **Seguro de Responsabilidad Civil:** para cubrir los daños y perjuicios que puedan suceder con motivo del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Si ( x ) no ( ) monto a solicitar 50% del monto de la partida (S) que oferte, En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerara el 50% del monto de la partida más alta; Alcance: que ampare los daños y perjuicios que ocasione al Instituto y/o al patrimonio del mismo, a su personal, así como los que cause a terceros en sus bienes o personas durante la prestación o consecuencia del servicio el licitante adjudicado, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a alguno daño y/o perjuicio al instituto o a los derechohabientes. Forma de acreditarla Póliza de responsabilidad civil EL PROVEEDOR se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a EL INSTITUTO y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
- Las garantías permanecerán en el Instituto, hasta que proceda su cancelación o hasta hacerlas efectivas por incumplimiento del proveedor.

Plazo para notificar al proveedor por defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento

En un plazo que no excederá de 7 (siete) días naturales, contados a partir de la fecha de su notificación

- La existencia de consumibles y refacciones.

No aplica

- Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

No aplica

La existencia de consumibles y refacciones.

- No aplica

Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

- no aplica

Caducidad de los bienes.

- no aplica

Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.

- no aplica

Periodo de garantía.

- no aplica

Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.

- No aplica

Garantía de mano de obra y/o partes.

- No aplica

Mantenimientos correctivos y/o preventivos.

- No aplica

En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma.

- No aplica

00060







Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

k. Precisar la forma de pago para lo cual deberán especificar el tipo de moneda y si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo. Con apego al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos"

1. Plazo para el pago: 20 días
2. Tipo de moneda: Pesos mexicanos
3. Documentos anexos a la factura:
4. Método de pago: pago electrónico
5. Existencia de un contrato o convenio formalizado
6. Representación impresa del comprobante fiscal autorizado por el SAT
7. Solicitud de subrogación de servicio (4-30-2/03)
8. Referencia- Contra referencia (4-30-8/98) Copia u original
9. Copia de Identificación INE o Carnet de Citas del IMSS
10. Acta entrega de Servicios
11. Si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo: Pagos progresivos de manera semanal
12. Firma de la factura: el Auxiliar del Administrador y el Administrador del contrato

l. Mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los bienes o de los servicios contratados y efectivamente prestados y efectivamente entregados o prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable.

| Concepto                                                                                                                                    | Producto                                                                                                                                                                                                | Fecha de inicio                         | Observaciones                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| El administrador del contrato como sus auxiliares podrán realizar supervisión a la prestación del servicio durante la vigencia del contrato | Cumplimiento por parte del proveedor en realizar los servicios médicos subrogados con apego a las guías de práctica clínica, así como a los Normas Oficiales Mexicanas, así como las normativas de pago | Primeros 30 días al inicio del contrato | Mínimo 1 reuniones. Máximo 2 reuniones. |

m. En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización del mismo, el cual debe ajustarse a las disposiciones establecidas en los artículos 13, 45 fracciones IX y X de la LAASSP y 81 fracción V del RLAASSP, y el numeral 4.2.7 del MAAGAASSP. Así como la justificación para el otorgamiento del anticipo.

No aplica

n. Aviso de privacidad, así como la precisión de las medidas de seguridad para el manejo de la información para bienes o servicios de tecnologías de la información y comunicaciones, alineado a la política general de Seguridad de la información en materia de TIC, cuando se considere aplicable.

No aplica

00061







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

- o. Seguro de Responsabilidad Civil en el caso de adquisición o arrendamiento de bienes o prestación de servicios que así lo ameriten a juicio del Área Requirente y/o Técnica, misma que, bajo su responsabilidad, indicará el monto o porcentaje por el cual deberá constituirse la póliza respectiva, sin que esta pueda ser inferior al 10% (diez por ciento) del importe total del contrato o, en su caso, del importe máximo del contrato. En estos casos, cuando el proveedor llegase a contar con una póliza de responsabilidad civil global, podrá entregar al Área Contratante el endoso que garantice el contrato o convenio que se celebre, mismo que deberá corresponder al monto o porcentaje que se hubiera establecido, sin que sea necesario exigirle la presentación, exhibición o entrega de la póliza original.

Si aplica

- p. Tratándose de reuniones, conferencias, seminarios, cursos, capacitaciones, asambleas, justas deportivas y, en general, cualquier tipo de evento o acto en el que personas servidoras públicas participen fuera de las instalaciones del IMSS, se deberá contar con los dictámenes de protección civil emitidos por las autoridades competentes en la materia.

No aplica



**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

00062



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

**"INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES"**  
(Anexo 02).

| No. | FECHA<br>CONSULTA | PERIODO | NOMBRE DEL<br>PACIENTE | No. DE<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | DE<br>AGREGADO<br>MEDICO | EDAD | SEXO | UNIDAD DE<br>MEDICINA<br>FAMILIAR | DIAGNÓSTICO | IMPORTE | MEDICO DE<br>REFERENCIA<br>IMSS | No. DE FACTURA | COMENTARIOS |
|-----|-------------------|---------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|------|------|-----------------------------------|-------------|---------|---------------------------------|----------------|-------------|
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |
|     |                   |         |                        |                               |                          |      |      |                                   |             |         |                                 |                |             |

00063



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

**"INFORMACIÓN DE FACTURACION"**  
(Anexo 03).

| FECHA | NO. DE FACTURA | MONTO | MES DE FACTURACION | UNIDAD | CONTRATO | SERVICIO | No. DE ESTUDIOS | No. DE CONTRARECIBO | ESTATUS (PENDIENTE DE PAGO, PAGADA, EN REVISION) | OBSERVACIONES |
|-------|----------------|-------|--------------------|--------|----------|----------|-----------------|---------------------|--------------------------------------------------|---------------|
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |

00064



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

Solicitud de Información de Servicios (4-30-2)

|                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
|                                                       |  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS                                                                                                    |  | FOLIO: 1                              |  |
| SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)                                                                                      |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| DELEGACIÓN/UMAE: 1                                                                                                                     |  | Fecha: DIA MES AÑO 3                                                                                                                                                         |  |                                       |  |
| UNIDAD MÉDICA: 4                                                                                                                       |  | PACIENTE: 5                                                                                                                                                                  |  |                                       |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:                                                                                                                    |  | NOMBRE:                                                                                                                                                                      |  |                                       |  |
| TIPO Y NÚMERO:                                                                                                                         |  | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |  |                                       |  |
| LOCALIDAD:                                                                                                                             |  | No. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO                                                                                                                                             |  |                                       |  |
| SERVICIO QUE DERIVA: 6                                                                                                                 |  | CURP:                                                                                                                                                                        |  |                                       |  |
| NOMBRE:                                                                                                                                |  | RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: 9                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                             |  | HT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Sef AM <input type="checkbox"/> |  |                                       |  |
| TIPO DE SERVICIO:                                                                                                                      |  | 10 TIPO DE                                                                                                                                                                   |  |                                       |  |
| ORDINARIO: <input type="checkbox"/> 7 URGENCIA: <input type="checkbox"/>                                                               |  | ÚNICA MÚLTIPLE HEMODIÁLISIS SUBROGADA                                                                                                                                        |  |                                       |  |
| MOTIVO DE SUBROGACIÓN: CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/> |  | VIGENCIA DE 11                                                                                                                                                               |  |                                       |  |
| DIAGNÓSTICO(S) Y RESUMEN CLÍNICO: 12                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| GRUPO A SUBROGAR: 13                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: <input type="checkbox"/>                                                                                   |  | CONSULTA ESPECIALIDADES: <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |  | CONSULTA: <input type="checkbox"/>    |  |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA: <input type="checkbox"/>                                                                                       |  | HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |  | MATERNAL: <input type="checkbox"/>    |  |
| AUX DE DX EN LABORATORIO: <input type="checkbox"/>                                                                                     |  | AUX DE DX EN GABINETE: <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  | AUX DE: <input type="checkbox"/>      |  |
| SERVICIO(S) A SUBROGAR 14                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| CANTIDAD                                                                                                                               |  | ESPECIFICAR                                                                                                                                                                  |  |                                       |  |
| PROVEEDOR 15                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                                                                                 |  | DOMICILIO:                                                                                                                                                                   |  | RFC:                                  |  |
| CONTRATO No.:                                                                                                                          |  | VIGENCIA DEL:                                                                                                                                                                |  | TEL:                                  |  |
| ELABORÓ 16                                                                                                                             |  | Vd. Bo. JEFE DE SERVICIO 17                                                                                                                                                  |  | AUT. DIRECTOR 18                      |  |
| NOMBRE:                                                                                                                                |  | FIRMA:                                                                                                                                                                       |  |                                       |  |
| MATRÍCULA:                                                                                                                             |  | FIRMA:                                                                                                                                                                       |  |                                       |  |
| FIRMA:                                                                                                                                 |  | FIRMA:                                                                                                                                                                       |  |                                       |  |
| CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ 19                                                                                            |  |                                                                                                                                                                              |  |                                       |  |
| NOMBRE:                                                                                                                                |  | FAMILIAR: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |  | RESPONSABLE: <input type="checkbox"/> |  |
| PACIENTE: <input type="checkbox"/>                                                                                                     |  | PARENTESC:                                                                                                                                                                   |  | TEL:                                  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                             |  | FIRMA:                                                                                                                                                                       |  |                                       |  |
| FECHA:                                                                                                                                 |  | FIRMA:                                                                                                                                                                       |  |                                       |  |

00065



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com









**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

**CONVOCANTE:**  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Licitación Pública Nacional Electrónica  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

**LICITANTE:**  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 777 315 2014, 777 3152 144. 777 279 3330.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**RUBRO 1. CAPACIDAD DEL LICITANTE**

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Concepto                                                                          |
| Rubro 1. Capacidad del Licitante                                                  |
| 1.1 Capacidad de los Recursos Humanos                                             |
| 1.1.1 Experiencia de los recursos humanos en asuntos relacionados con el servicio |
| 1.1.2 Conocimientos sobre estudios relacionados con el servicio                   |
| 1.1.3 Dominio de aptitudes                                                        |
| 1.2 Capacidad de los Recursos Económicos y de Equipamiento                        |
| 1.2.1 Capacidad de los recursos de equipamiento                                   |

**PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:**

PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA. MORELOS  
PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS  
PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00067



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### PERSONAL

Yo, Lic. Laura Leticia Pérez Rizo, en mi carácter de Apoderada Legal de la empresa Hospital Morelos S.A. de C.V., presento lista del personal que participará en la presente convocatoria de la Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025" SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA DE CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

| PARTIDA | Zona                 | DESCRIPCION DEL SERVICIO | Médico Especialista     | Profesional Técnico |
|---------|----------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1,2     | CUAUTLA Y CUERNAVACA | PH METRIAS Y MANOMETRIAS | Médico Gastroenterólogo | NA                  |
|         |                      |                          | Médico Cirujano         |                     |

#### MEDICOS

Dr. [REDACTED]  
Médico Especialista en Gastroenterología  
Jazmín No. 2, Col. Chapultepec, C.P.62450.  
Cuernavaca Morelos  
Tels. [REDACTED]

Dr. [REDACTED]  
Médico Especialista en Gastroenterología  
Jazmín No. 2, Col. Chapultepec, C.P.62450.  
Cuernavaca Morelos  
Tels. [REDACTED]

[REDACTED]  
Director y jefe de Cirugia  
Jazmín No. 2, Col. Chapultepec, C.P.62450.  
Cuernavaca Morelos  
Tels. [REDACTED]

00068

SE ELIMINA NOMBRE Y TELEFONO POR  
SER UN DATO  
CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN  
VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON  
FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y  
120 DE LA LEY GENERAL DE  
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA  
INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F.  
20-marzo-2025



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos, México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)



**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

| PARTIDA       | Zona                                  | DESCRIPCION DEL SERVICIO             | Médico Especialista                           | Profesional Técnico |
|---------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|
| 15, 16<br>,17 | CUAUTLA,<br>CUERNAVACA Y<br>ZACATEPEC | ELECTROENCEFALOGRAMAS                | Neuro Electrofisiologo                        |                     |
| 18, 19 20     | CUAUTLA,<br>CUERNAVACA Y<br>ZACATEPEC | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA<br>CUERNAVACA | Neuro Electrofisiologo<br><br>Medicina Física |                     |

#### MEDICOS

Dr. [REDACTED]  
Médico Especialista en Neurofisiología  
Jazmín No. 2 Col. Chapultepec C.P. 62450  
Cuernavaca. Morelos.  
Tels. [REDACTED]

Dra. [REDACTED]  
Médico Especialista en Neurología  
Jazmín No. 2, Col. Chapultepec, C.P.62450.  
Cuernavaca Morelos  
Tels. [REDACTED]

Dra. [REDACTED]  
Médico Especialista en Neurología Pediátrica  
Jazmín No. 2, Col. Chapultepec, C.P.62450.  
Cuernavaca Morelos  
Tels. [REDACTED]

SE ELIMINA NOMBRE Y TELEFONO  
POR SER UN  
DATO CONFIDENCIAL, CUYA  
DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA  
JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN  
LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA  
LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA  
Y ACCESO A LA INFORMACIÓN  
PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025

00069



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)



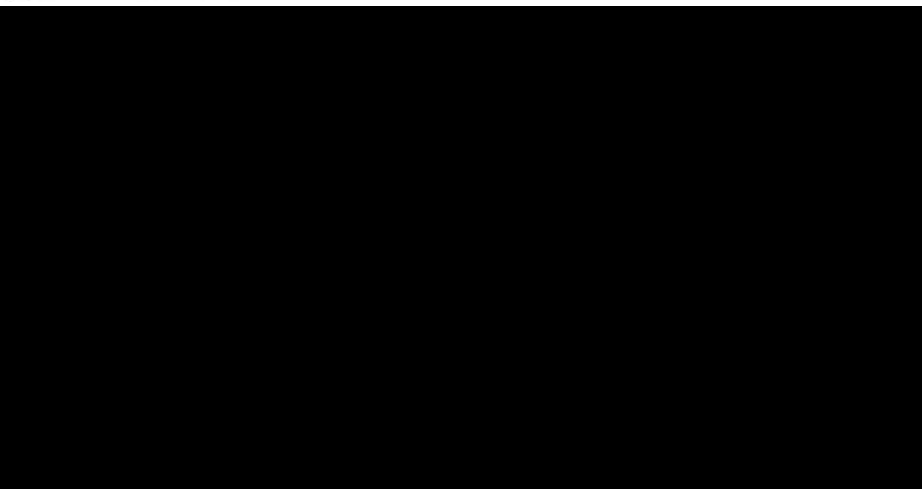
**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

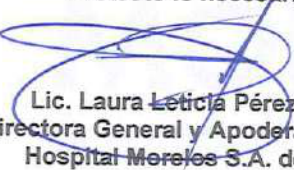
**PERSONAL DE ENFERMERÍA**

1. Enf. Adm
2. Lic. En E
3. Enf. Adm
4. Enf Gral.
5. Enf Gral.
6. Enf Esp.
7. Enf Gral.
8. Enf Esp.
9. Enf Gral.
10. Enf. Gral.
11. Enf Gral.
12. Enf Gral.
13. Enf Gral.
14. Enf Gral.
15. Enf Med (
16. Enf. Ints.



Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

SE ELIMINA NOMBRE POR SER UN  
DATO CONFIDENCIAL, CUYA  
DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA  
JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN  
LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA  
LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA  
Y ACCESO A LA INFORMACIÓN  
PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025

00070



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No. 2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)





**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### 1.2.1 CAPACIDAD DE LOS RECURSOS DE EQUIPAMIENTO

##### CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS

YO, Lic. Laura Leticia Pérez Rizo Apoderada Legal de Hospital Morelos S.A. de C.V. Presento las características del equipo de NEUROFISIOLOGIA, en la Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025" SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA DE CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

##### CARACTERISTICAS DEL EQUIPO DE NEUROFISIOLOGIA:

##### NEUROVIRTUAL BWIII EEG SISTEMA BWIII EEG 36 CANALES

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00284



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)



**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Licitación Pública Nacional Electrónica  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 777 315 2014, 777 3152 144. 777 279 3330.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**Rubro 2. Experiencia y Especialidad**

|                                     |
|-------------------------------------|
| Rubro 2. Experiencia y Especialidad |
| 2.1 Experiencia                     |
| 2.2 Especialidad                    |

**PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:**

PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA, MORELOS  
PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS  
PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

**00303**



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Licitación Pública Nacional Electrónica  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 777 315 2014, 777 3152 144. 777 279 3330.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

### Rubro 3. Propuesta de Trabajo

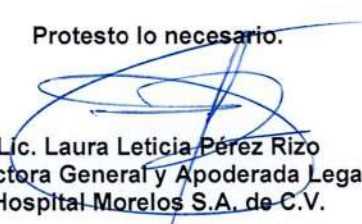
|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Rubro 3. Propuesta de Trabajo                                                    |
| 3.1 Metodología para la prestación del servicio                                  |
| 3.2 Plan de trabajo propuesto por el licitante                                   |
| 3.3 Esquema estructural de la organización de los recursos humanos (Organigrama) |

### PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:

PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA, MORELOS  
PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS  
PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00312



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### PROPUESTA DE TRABAJO.

##### "METODOLOGIA"

Yo, Lic. Laura Leticia Perez Rizo, EN MI CARÁCTER DE APODERADA LEGAL DE LA EMPRESA HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V., INDICO QUE LA METODOLOGÍA QUE SE UTILIZARÁ PARA DESARROLLAR EL SERVICIO SE APEGARÁ A LOS REQUERIMIENTOS QUE SE INDICAN EN EL ANEXO TÉCNICO DE LA PRESENTE CONVOCATORIA Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025 "SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA DE CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

#### 1.2 PERSONAL.

- A. El licitante HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V., PRESENTA listado del personal médico que prestará el servicio de acuerdo a la partida que oferte; el que deberá ser médico especialista titulado con cedula profesional y cédula de especialidad.
- B. El licitante HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V., PRESENTA listado del personal auxiliar de enfermería, titulado y con cedula profesional; y/o constancia que avale que es auxiliar de enfermería por plantel educativo incorporado a la SEP, UAEM, UNAM o Politécnico.

Las modificaciones a la plantilla de personal del servicio contratado serán notificadas a la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud de la Delegación Morelos y al Administrador del Contrato, con una anticipación mínimo de 5 días hábiles, realizándose las adecuaciones necesarias para no afectar ningún servicio.

#### 3. REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS

- A. El licitante HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V., deberá de requisitar el formato "INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES" (Anexo 02). El cual deberá ser enviado de manera semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe:

00313



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com  
315-21-44  
315-22-77





| UNIDAD                                               | NOMBRE                                                                    | CORREO                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COORDINACION<br>AUXILIAR OPERATIVA<br>ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo Lopez                                          | milton.canedo@imss.gob.mx                                                                                                                                        |
| H.G.R./M.F. No.01                                    | M.E Roberto Gonzalez Carcaño<br>C.P Oscar Cabañas López                   | <a href="mailto:roberto.gonzalez@imss.gob.mx">roberto.gonzalez@imss.gob.mx</a> ,<br><a href="mailto:oscar.cabanass@imss.gob.mx">oscar.cabanass@imss.gob.mx</a>   |
| HGZ/MF No. 7                                         | M.E. Davis Estrada Garcia<br>C. Milton Ramses Ordoñez Arellano            | <a href="mailto:marco.bermudez@imss.gob.mx">marco.bermudez@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:milton.ordonez@imss.gob.mx">milton.ordonez@imss.gob.mx</a>         |
| HGZ/MF NO. 5                                         | M.E. Minetteh Yolisma Garcia<br>Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | <a href="mailto:minetteh.garcia@imss.gob.mx">minetteh.garcia@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:gustavo.castrejon@imss.gob.mx">gustavo.castrejon@imss.gob.mx</a> |

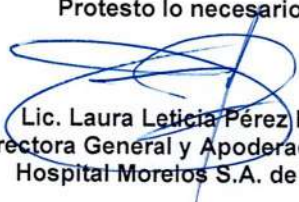
- B. El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, deberá requisitar el formato "**INFORMACIÓN DE FACTURACION**" (Anexo 03). El cual deberá ser enviado junto con la información semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe, dentro de los 3 días hábiles de la semana inmediata siguiente.

Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

- C.- El proveedor **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, deberá otorgar mensualmente todos los documentos y archivos originales que respaldan las actividades mencionadas.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00314



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



www.hospitalmorelos.com







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

**CONVOCANTE:**  
**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

**LICITANTE:**  
**HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**  
**R.F.C.: HMO950626QK7.**  
**No. PROVEEDOR: 0000084522.**  
**DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.**  
**COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.**  
**CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.**  
**TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.**  
**administracion@hospitalmorelos.com.mx**

#### **PLAN DE TRABAJO DETALLADO.**

Yo, Lic. Laura Leticia Pérez Rizo, EN MI CARÁCTER DE APODERADA LEGAL DE LA EMPRESA **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, PRESENTO **PLAN DE TRABAJO DETALLADO** EN LA QUE INDICO QUE, PARA LLEVAR A CABO EL SERVICIO, NOS APEGAREMOS A LAS FECHAS ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE CONVOCATORIA, ASÍ COMO A LA PERIODICIDAD DE ENTREGA REQUERIDA EN EL ANEXO TÉCNICO DE LA PRESENTE CONVOCATORIA EN LA **Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025 "SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA DE CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS**

#### **1. CONDICIONES GENERALES MINIMAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

- Los licitantes **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, tiene la capacidad instalada para poder brindar el servicio dentro de la Zona requerida en cada partida, de no ser así se tomará al proveedor de la zona Cuernavaca de conformidad a la partida que oferte. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio se debe prestar forzosamente en la zona requerida.
- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, OFERTARA el servicio, considerando un horario de lunes a domingo en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 1 días hábiles posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos. Excepto Servicio Subrogado de Tomografía y Resonancia Magnética, ya que este servicio deberá prestarse si las unidades hospitalarias lo solicitan de lunes a domingo las 24 horas del día, así como el Servicio Subrogado de Auxiliares de Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio deberá prestarse si el HGZ/MF

**00315**



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)





No. 7 lo solicita de lunes a domingo las 24 horas del día.

- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, SI, resulta adjudicado deberá entregar al inicio del contrato al director del Hospital requirente de un listado que contenga los nombres del personal responsable por parte de la empresa con nombre completo, correo electrónico teléfono fijo y móvil en caso de contingencia o problema con respecto al servicio contratado para poder ser contactados por personal de IMSS con el fin de promover la resolución de dudas o problemas inherentes a lo contratado. Solicitando que dicho listado se actualice por la empresa en caso de tener modificación con respecto a su personal y/o datos ahí anotados
- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, CUENTA con una póliza de responsabilidad civil por hasta por el 50% del monto de la partida (S) que oferte y que se le lleguen a adjudicar; misma que entregara máximo diez días posteriores a la firma del contrato.
- En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerará el 50% del monto de la partida más alta.
- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, otorgará el servicio subrogado de laboratorio y diagnostico a todos los pacientes referidos mediante las formas 4-30-8/98 "Referencia- contra referencia" y 4-30-2 "Solicitud de subrogación de servicios" el cual tendrá que estar completamente requisitado con los datos solicitados en ellos, firmas de los funcionarios autorizados y sello de vigencia de derechos; por lo que el Instituto no asume ninguna responsabilidad de pago si el servicio se presta sin contar con dichos formatos.
- En caso de existir inconsistencia en formatos, requisitos horarios o información del paciente y el servicio contratado; el licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, deberá de tomar nota de lo sucedido para informar inmediatamente al IMSS (área de Coordinación Clínica de Cirugía y Subdirección Médica) de la unidad que lo refirió con el fin de evitar molestias innecesarias en la medida de lo posible a las derechohabientes del IMSS que acudan al servicio subrogado contratado, no debiendo por ningún motivo suspender la realización del servicio; en caso de hacerlo se aplicarán las sanciones correspondientes.
- El Licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, También deberá informar por escrito y correo electrónico de dichas inconsistencias al Administrador del contrato
- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, considerará al paciente y su familia sujetos primordiales de sus acciones y brindará atención con oportunidad, calidad, eficiencia, efectividad, trato amable, cortés. con oportunidad, calidad y trato humanitario; debiendo utilizar en su práctica diaria y forma adecuada los recursos tecnológicos suficientes para la adecuada y oportuna atención del paciente.
- El licitante **HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.**, deberá prestar el servicio que se le llegue a adjudicar con particular cuidado en el trato y atención a los pacientes referidos por el IMSS, con especial énfasis en el trato amable respetuoso ético y cuidando el pudor de las mismos durante su estancia y atención en el servicio.
- Se podrán realizar conceptos diferentes de estudios a los contratados en cada una de las partidas, de acuerdo a la especialidad, con la justificación que sirvan para evitar poner en riesgo la vida, órgano y/o función de algún paciente, siempre y cuando se cuente con disponibilidad presupuestal dentro del contrato que se llegue a formalizar y con la autorización escrita por la Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos.
- En caso de estudios de imagen de Tomografía la interpretación realizada por el médico

**00316**





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

especialista en radiología e imagen al tratarse de pacientes oncológicos, deberá de realizarla de acuerdo a los criterios del RECIST.

- Todos los estudios de imagenología deberán contar con interpretación por médico especialista en Radiología e Imagen, la cual deberá entregarse a más tardar 48 horas depuesta de la toma de estudios, en los casos de ultrasonido doppler deberán ser realizados e interpretados por médico especialista en cirugía vascular.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.



HOSPITAL  
MORELOS  
Salud con calidez humana

00317



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

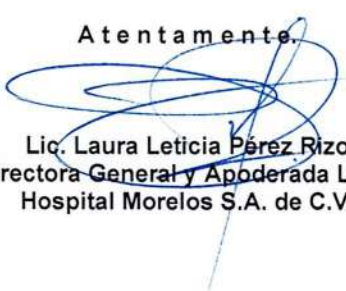
LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 7773152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

#### ORGANIGRAMA.

Yo, Lic. Laura Leticia Pérez Rizo, Apoderada Legal de Hospital Morelos S.A. de C.V., manifiesto bajo protesta de decir verdad, y presento el ORGANIGRAMA de HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Atentamente.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00318



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



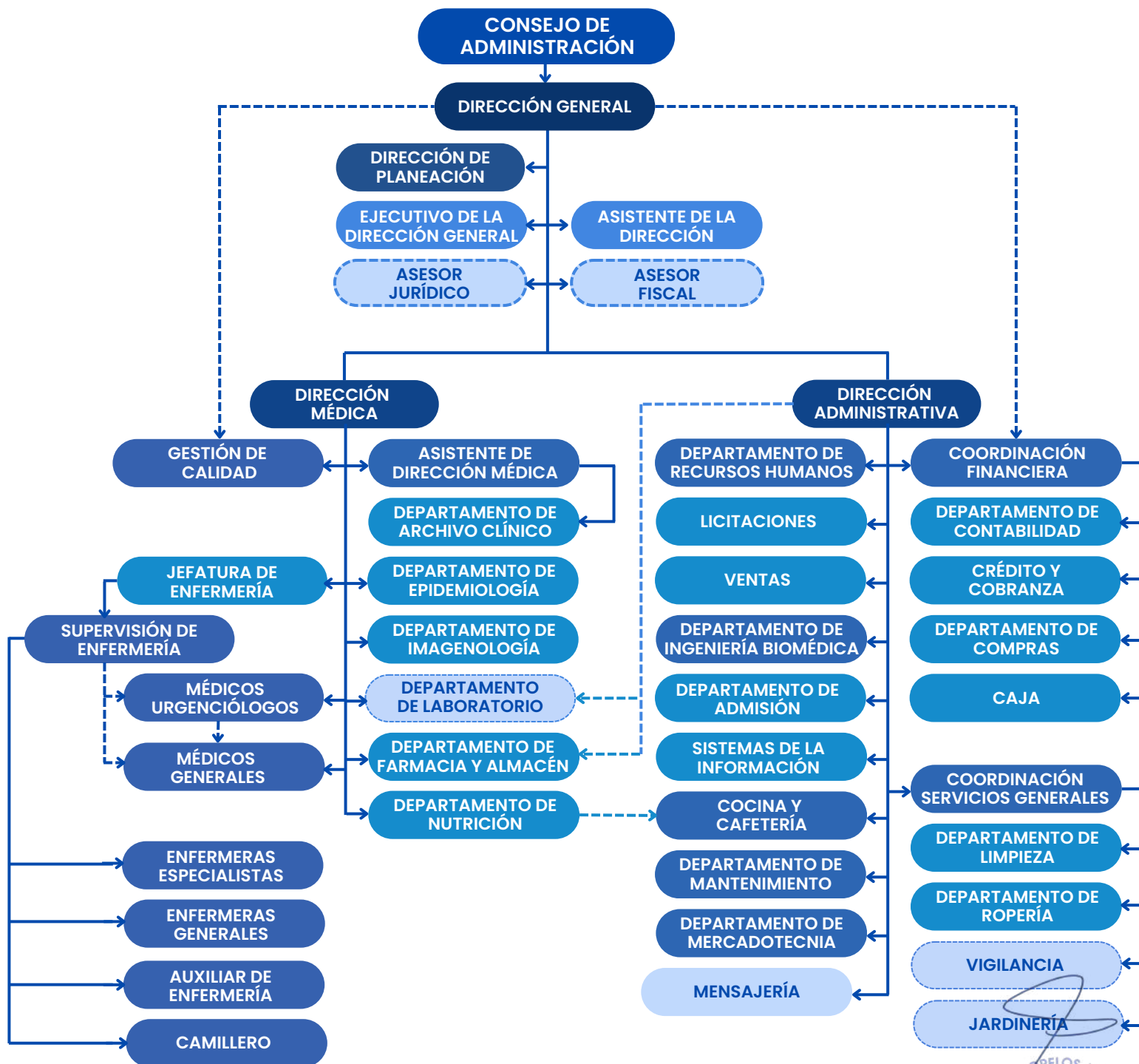
Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)



# ORGANIGRAMA HOSPITAL MORELOS



00319



**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana



**HOSPITAL  
MORELOS**

Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Licitación Pública Nacional Electrónica  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 777 315 2014, 777 3152 144. 777 279 3330.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**Rubro 4. Cumplimiento de contratos**

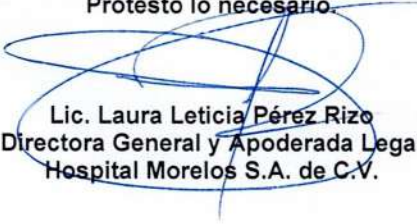
Rubro 4. Cumplimiento de contratos

**PARTIDAS EN LAS QUE SE PARTICIPA:**

PARTIDAS: 1, 2. PH METRIA Y MANOMETRIA.  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA. MORELOS  
PARTIDAS 15, 16, 17. ELECTROENCEFALOGRAMAS  
ZONA: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS  
PARTIDAS: 18, 19, 20. ELECTROMIOGRAFIAS  
ZONAS: CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC. MORELOS.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

  
Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00320



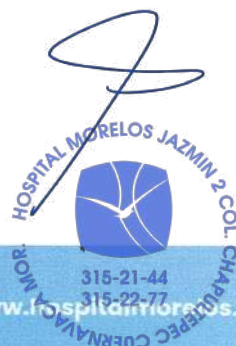
777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







Órgano de Operación Administrativa  
Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

Cuernavaca Mor., a 18 de febrero del 2025

### SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC

Área Requiriente: Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

Área Técnica: Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

Los presentes términos y condiciones cuentan con la totalidad de elementos de acuerdo con el numeral 4.24.4 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (POBALINES) de acuerdo con los siguientes incisos:

- a. Vigencia de la contratación y ejercicio presupuestal

01 de marzo al 31 de agosto 2025

Ejercicio presupuestal 2025

- b. Plazo de entrega del bien, arrendamiento o servicio, indicando en su caso, el calendario y programa de entregas que corresponda, así como los lugares de entrega.

| Plazo de entrega del bien arrendamiento o servicio |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PARTIDA                                            | DESCRIPCION DEL SERVICIO                 | PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLAVE CUCOP | CANTIDAD O MEDIDA                                                                       |
| 1                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUERNAVACA | El licitante deberá ofertar el servicio, considerando un horario de lunes a domingo en horario de 8:00 a 20:00 horas; (solicitando que considere en caso de pacientes de mayor lejanía los horarios matutinos y para pacientes locales los vespertinos) y que el tiempo máximo para el otorgamiento de la cita será de 1 día hábil posteriores a la solicitud que se realice; y el tiempo | 33900007    | De acuerdo a la solicitud de Servicios por parte de las Unidades Médicas Hospitalarias. |
| 2                                                  | PH METRIAS Y MANOMETRIAS ZONA CUAUTLA    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 3                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA CUERNAVACA         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 4                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA CUAUTLA            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 5                                                  | MEDICINA NUCLEAR ZONA ZACATEPEC          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 6                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA CUERNAVACA     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 7                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA CUAUTLA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 8                                                  | RESONANCIA MAGNETICA ZONA ZACATEPEC      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 9                                                  | TOMOGRAFIA ZONA CUERNAVACA               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 10                                                 | TOMOGRAFIA ZONA ZACATEPEC                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 11                                                 | LABORATORIO TERCER NIVEL ZONA CUERNAVACA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |
| 12                                                 | SERVICIO DE RADIOLOGIA ZONA CUERNAVACA   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33900007    |                                                                                         |







### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|    |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |
|----|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|    | CUERNAVACA                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |
| 13 | SERVICIO DE AUDIOLOGIA ZONA CUAUTLA                          | máximo de espera del paciente para recibir la atención será de treinta minutos. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio deberá prestarse si el HGZ/MF No. 7 lo solicita de lunes a domingo las 24 horas del día. | 33900007 |
| 14 | SERVICIO DE AUDIOLOGIA ZONA ZACATEPEC                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 15 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUERNAVACA                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 16 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA CUAUTLA                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 17 | ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 18 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUERNAVACA                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 19 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA CUAUTLA                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 20 | ELECTROMIOGRAFIAS ZONA ZACATEPEC                             |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 21 | OFTALMOLOGIA ZONA CUERNAVACA                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 22 | OFTALMOLOGIA ZONA CUAUTLA                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 23 | OFTALMOLOGIA ZONA ZACATEPEC                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 24 | SERVICIO SUBROGADO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ZONA CUAUTLA |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 25 | ULTRASONIDO                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 33900007 |
| 26 | ECOCARDIOGRAMA                                               | CUERNAVACA, ZACATEPEC                                                                                                                                                                                                                                               | 33900007 |

#### Entrega:

Los licitantes interesados en participar deberán tener la capacidad instalada para poder brindar el servicio dentro de la Zona requerida en cada partida, de no ser así se tomara al proveedor de la zona Cuernavaca de conformidad a la partida que oferte. Excepto Servicio Subrogado De Auxiliares De Diagnostico Zona Cuautla, ya que este servicio se debe prestar forzosamente en la zona requerida.

El instituto en cualquier momento podrá efectuar inspecciones con el fin de verificar el cumplimiento de la calidad del servicio ofertado y adjudicado, al participante que resulte adjudicado.

El participante adjudicado se obliga a cumplir con la prestación del servicio tal y como lo oferto y se adjudicó, en caso de incumplimiento se le aplicara la pena convencional estipulada, además de que el Instituto podrá proceder si así lo considera con el inicio del procedimiento de rescisión de contrato.

- c. Mecanismo de evaluación de proposiciones. Para el caso de que la evaluación se realice a través del mecanismo de evaluación binaria, el Área Requirente deberá presentar la justificación respectiva en términos del artículo 51, párrafo segundo del RLAASSP



LA EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS SERÁ POR EL MECANISMO DE PUNTOS, CONFORME A LA METODOLOGÍA QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:  
EVALUACIÓN DE LAS PROPOSICIONES TÉCNICAS:





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

SE OTORGARÁN UN MÁXIMO DE 60 (SESENTA) PUNTOS.

La puntuación a obtener en la propuesta técnica para ser considerada solvente y, por tanto, no ser desechada, será de cuando menos 45 (CUARENTA Y CINCO) de los 60 (SESENTA) máximos que se pueden obtener en la evaluación.

RUBROS A EVALUAR:

| Concepto                                                                          | Puntos |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|
| Rubro 1. Capacidad del Licitante                                                  | 19.20  |      |      |
| 1.1 Capacidad de los Recursos Humanos                                             |        | 9.60 |      |
| 1.1.1 Experiencia de los recursos humanos en asuntos relacionados con el servicio |        |      | 2.88 |
| 1.1.2 Conocimientos sobre estudios relacionados con el servicio                   |        |      | 5.76 |
| 1.1.3 Dominio de aptitudes                                                        |        |      | 0.96 |
| 1.2 Capacidad de los Recursos Económicos y de Equipamiento                        |        | 9.60 |      |
| 1.2.1 Capacidad de los recursos de equipamiento                                   |        |      | 9.60 |
| Rubro 2. Experiencia y Especialidad                                               | 18     |      |      |
| 2.1 Experiencia                                                                   |        | 9    |      |
| 2.2 Especialidad                                                                  |        | 9    |      |
| Rubro 3. Propuesta de Trabajo                                                     | 12     |      |      |
| 3.1 Metodología para la prestación del servicio                                   |        | 7    |      |
| 3.2 Plan de trabajo propuesto por el licitante                                    |        | 4    |      |
| 3.3 Esquema estructural de la organización de los recursos humanos (Organigrama)  |        | 1    |      |
| Rubro 4. Cumplimiento de contratos                                                | 10.80  |      |      |
| Total                                                                             | 60     |      |      |

### RUBRO 1. CAPACIDAD DEL LICITANTE

En este rubro se otorgarán un máximo de 19.20 (diecinueve punto veinte) puntos.

#### 1.1. Capacidad Técnica de los Recursos Humanos

En este rubro se otorgarán un máximo de 9.60 (nueve punto sesenta) puntos.

Nota: En esta etapa del proceso no se requiere presentar copia del contrato de prestación de servicios. En caso de así requerirlo el IMSS, éstos serán solicitados al licitante ganador.

Experiencia de los recursos humanos en asuntos relacionados con el servicio

Se asignará el máximo de 2.88 (dos punto ochenta y ocho) puntos al licitante que sume el máximo de años de experiencia con los recursos humanos que se destinen a la prestación de los servicios. Sólo se considerarán a los recursos humanos cuya experiencia sea mayor o igual a un año, realizando servicios similares.

Para la evaluación de este rubro se requiere presentar la "cédula experiencia de los recursos humanos" del archivo Excel anexo.

A partir del máximo de años obtenido por alguno de los licitantes, se efectuará un reparto proporcional de puntuación entre el resto de los licitantes, en razón de los años.

Con base a cada partida se tomaran en cuenta las siguientes especialidades:

| PARTIDA | Zona    | DESCRIPCION DEL SERVICIO | Médico Especialista     | Profesional Técnico | Observaciones                                           |
|---------|---------|--------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|
| 1,2     | CUAUTLA | PH METRIAS Y             | Médico Gastroenterólogo | NA                  | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos |





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|               |                                               |                                                |                                      |                              |                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|               | Y<br>CUERNAV<br>ACA                           | MANOMETRIAS                                    | Médico Cirujano                      |                              | Gastroenterólogos                                                                       |
| 3,4,5         | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | MEDICINA NUCLEAR                               | Médico Internista                    | NA                           |                                                                                         |
| 6,7,8         | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | RESONANCIA<br>MAGNETICA                        | Neuro Radiólogo<br>Certificado       | Técnico<br>Radiólogo         | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos Neuro<br>Radiólogo Certificados |
|               |                                               |                                                | Medico Radiólogo<br>Certificado      | Enfermera<br>General         |                                                                                         |
|               |                                               |                                                | Medico Anestesiólogo<br>Certificado  | Auxiliar en<br>Enfermería    |                                                                                         |
| 9,10          | CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC             | TOMOGRAFIA                                     | Medico Radiólogo<br>Certificado      | Técnico<br>Radiólogo         | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos<br>Radiólogo Certificados       |
|               |                                               |                                                | Medico Anestesiólogo<br>Certificado  | Enfermera<br>General         |                                                                                         |
|               |                                               |                                                |                                      | Auxiliar en<br>Enfermería    |                                                                                         |
| 11            | CUERNAV<br>ACA                                | LABORATORIO<br>TERCER NIVEL ZONA<br>CUERNAVACA | Patólogo Clínico                     | Químicos Clínicos            | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos<br>Patólogos Clínicos           |
|               |                                               |                                                | Médicos Hematólogos                  | Técnicos<br>Laboratoristas   |                                                                                         |
|               |                                               |                                                |                                      | Auxiliares de<br>Laboratorio |                                                                                         |
| 12, 13,<br>14 | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | SERVICIO DE<br>AUDIOLOGIA                      | Médico Audilogo                      |                              |                                                                                         |
| 15, 16<br>,17 | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | ELECTROENCEFALO<br>GRAMAS                      | Neuro Electro fisiologo              |                              |                                                                                         |
| 18, 19<br>20  | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | ELECTROMIOGRAFIA<br>S ZONA<br>CUERNAVACA       | Neuro Electro fisiologo              |                              | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos<br>Neuro Electro fisiologos     |
|               |                                               |                                                | Medicina Fisica                      |                              |                                                                                         |
| 21, 22,<br>23 | CUAUTLA,<br>CUERNAV<br>ACA Y<br>ZACATEP<br>EC | OFTALMOLOGIA                                   | Médicos Oftalmólogos<br>Certificados |                              |                                                                                         |







### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|    |                                 |                                                              |                                                                  |                                                                  |                                                                                  |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 24 | CUAUTLA                         | SERVICIO SUBROGADO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ZONA CUAUTLA | Medico Radiólogo Certificado<br>Medico Anestesiólogo Certificado | Técnico Radiólogo<br>Enfermera General<br>Auxiliar en Enfermería | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos Radiólogo Certificados   |
| 25 | CUERNAVACA                      | ULTRASONIDOS                                                 | Medico Radiólogo Certificado                                     | Enfermera General                                                | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos Radiólogo Certificados   |
| 26 | CUAUTLA, CUERNAVACA Y ZACATEPEC | ECOCARDIOGRAMA                                               | Médico Cardiólogo                                                | Enfermera General                                                | Se asignara el mayor puntaje al mayor número de Médicos Cardiólogos Certificados |

Conocimientos sobre estudios relacionados con el servicio

Se asignará el máximo de 5.76 (cinco punto setenta y seis) puntos al licitante que presente el mayor número de médicos especialistas a, los cuales deberán de presentar título y cédula profesional así lo que se solicita como documento probatorio de cada partida. En caso de que uno o más licitantes tengan la misma puntuación, se dará el puntaje más alto al que proponga un mayor número de profesionistas con posgrado.

Para la evaluación de este rubro se requiere presentar la cédula "lista de participantes" del archivo Excel anexo, junto con los documentos probatorios del nivel de estudios. Los puntos a asignar por nivel de estudios son:

#### PARTIDA 1 Y 2

##### PH METRIAS Y MANOMETRIAS Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel                                      | Documento probatorio                             | Puntos |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| Médicos especialistas en Gastroenterología | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |
| Médicos Cirujano                           | Título y cédula profesional, certificado vigente | 1.50   |

#### PARTIDA 3,4 y 5

##### MEDICINA NUCLEAR Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel             | Documento probatorio                             | Puntos |
|-------------------|--------------------------------------------------|--------|
| Médico Internista | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |

#### PARTIDA 6,7 y 8

##### RESONANCIA MAGNETICA Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel                            | Documento probatorio                                                                    | Puntos |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Neuro Radiólogo Certificado      | Título y cédula profesional, certificado vigente                                        | 2.00   |
| Medico Radiólogo Certificado     | Título y cédula profesional, certificado vigente                                        | 1.50   |
| Medico Anestesiólogo Certificado | Título y cédula profesional, certificado vigente como contar con curso vigente de ACLS. | 2.00   |
| Técnico Radiólogo                | Título y cédula profesional                                                             | 1.50   |







### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|                        |                             |      |
|------------------------|-----------------------------|------|
| Enfermera General      | Título y cédula profesional | 1.00 |
| Auxiliar en Enfermería | Título y cédula profesional | 0.50 |

#### PARTIDA 9 y 10

##### TOMOGRAFIA Zona Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel                            | Documento probatorio                                                                    | Puntos |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Medico Radiólogo Certificado     | Título y cédula profesional, certificado vigente                                        | 2.00   |
| Medico Anestesiólogo Certificado | Título y cédula profesional, certificado vigente como contar con curso vigente de ACLS. | 2.00   |
| Técnico Radiólogo                | Título y cédula profesional                                                             | 1.50   |
| Enfermera General                | Título y cédula profesional                                                             | 1.00   |
| Auxiliar en Enfermería           | Título y cédula profesional                                                             | 0.50   |

#### PARTIDA 11

##### LABORATORIO TERCER NIVEL ZONA CUERNAVACA

| Nivel                     | Documento probatorio                             | Puntos |
|---------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| Patólogo Clínico          | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |
| Médicos Hematólogos       | Título y cédula profesional, certificado vigente | 1.50   |
| Químicos Clínicos         | Título y cédula profesional                      | 2.00   |
| Técnicos Laboratoristas   | Título y cédula profesional                      | 1.00   |
| Auxiliares de Laboratorio | Título y cédula profesional                      | 0.50   |

#### PARTIDA 12, 13 y 14

##### SERVICIO DE AUDIOLOGIA

| Nivel           | Documento probatorio                             | Puntos |
|-----------------|--------------------------------------------------|--------|
| Médico Audilogo | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |

#### PARTIDA 15, 16 y 17

##### ELECTROENCEFALOGRAMAS Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel                  | Documento probatorio                             | Puntos |
|------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| Neuro Electrofisiologo | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |

#### PARTIDA 18, 19 y 20

##### ELECTROMIOGRAFIAS Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Nivel                  | Documento probatorio                             | Puntos |
|------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| Neuro Electrofisiologo | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |
| Medicina Física        | Título y cédula profesional, certificado vigente | 1.50   |





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

| PARTIDA 21, 22 y 23                               |                                                  |        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| OFTALMOLOGIA Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec |                                                  |        |
| Nivel                                             | Documento probatorio                             | Puntos |
| Médicos Oftalmólogos Certificados                 | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |

| PARTIDA 24                                                   |                                                                                         |        |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| SERVICIO SUBROGADO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ZONA CUAUTLA |                                                                                         |        |
| Nivel                                                        | Documento probatorio                                                                    | Puntos |
| Medico Radiólogo Certificado                                 | Título y cédula profesional, certificado vigente                                        | 2.00   |
| Medico Anestesiólogo Certificado                             | Título y cédula profesional, certificado vigente como contar con curso vigente de ACLS. | 2.00   |
| Técnico Radiólogo                                            | Título y cédula profesional                                                             | 1.50   |
| Enfermera General                                            | Título y cédula profesional                                                             | 1.00   |
| Auxiliar en Enfermería                                       | Título y cédula profesional                                                             | 0.50   |

| PARTIDA 25                   |                                                  |        |
|------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| ULTRASONIDOS XONA CUERNAVACA |                                                  |        |
| Nivel                        | Documento probatorio                             | Puntos |
| Medico Radiólogo Certificado | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |
| Enfermera General            | Título y cédula profesional                      | 1.00   |
| Auxiliar en Enfermería       | Título y cédula profesional                      | 0.50   |

| PARTIDA 26                                |                                                  |        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| ECOCARDIOGRAMA ZONA CUERNAVACAY ZACATEPEC |                                                  |        |
| Nivel                                     | Documento probatorio                             | Puntos |
| Medico Cardiólogo Certificado             | Título y cédula profesional, certificado vigente | 2.00   |
| Enfermera General                         | Título y cédula profesional                      | 1.00   |
| Auxiliar en Enfermería                    | Título y cédula profesional                      | 0.50   |

A partir del máximo de puntos obtenido por alguno de los licitantes, se asignará una puntuación proporcional para el resto de los licitantes en razón del número de personas que acrediten el nivel académico.

### Dominio de aptitudes

Se asignará el máximo de 0.96 (cero punto noventa y seis) puntos al licitante que sume el mayor número de unidades de los recursos humanos que se asignarán al proyecto.

Para la evaluación de este rubro se requiere presentar la cédula "aptitudes" del archivo Excel anexo. Los puntos por niveles de complejidad de aptitudes se asignarán de acuerdo con la siguiente tabla:



2025  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

| Nivel                                                                | Puntos |
|----------------------------------------------------------------------|--------|
| Cursos relacionados con los servicios solicitados en cada partida    | 1      |
| Diplomado relacionados con los servicios solicitados en cada partida | 3      |
| Certificación de los médicos especialistas                           | 4      |

A partir del máximo de unidades obtenidas por uno o más licitantes, se asignará una puntuación proporcional para el resto de los licitantes en razón del número de unidades que acrediten.

#### 1.2. Capacidad de los recursos económicos y del equipamiento

En este rubro se otorgarán un máximo de 9.60 (nueve punto sesenta) puntos.

##### 1.2.1. Capacidad de los recursos equipamiento del licitante.

En este subrubro se otorgarán un máximo de 9.60 (nueve punto sesenta) puntos.

Se otorgará el máximo de puntos al licitante que cuente con el equipamiento actualizado para brindar el servicio; los cuales deberá acreditar

propiedad para otorgar el servicio con base a las especificaciones descritas en el presente anexo técnico

| PARTIDA 1 Y 2                                      |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PH METRIAS Y MANOMETRIAS Zona Cuautla y Cuernavaca |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
| Equipamiento Básico                                | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
| Sistema de manometría de alta resolución           | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Sistema de Phmetrias/Impedanciometría              | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

| PARTIDA 3,4 y 5                                       |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MEDICINA NUCLEAR Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
| Equipamiento Básico                                   | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
| Equipo para Braquiterapia                             | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |







### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|                    |                                                                      |      |                                                                                                                                                                     |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Acelerador Lineal | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| -Simulador Lineal  | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| -Gama-cámara       | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 6,7 y 8

#### RESONANCIA MAGNETICA Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico                                 | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resonador mínimo de 1.5 telsas                      | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Máquina de anestesia compatible con campo magnético | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Monitos de signos vitales con campo magnético       | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Carro rojo de paro                                  | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 9 y 10

#### TOMOGRAFIA Zona Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico                                 | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tomógrafo mínimo 6 detectores máximo 128 detectores | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Inyector                                            | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |



**2025**  
Año de  
**La Mujer**  
**Indígena**





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|                    |                                                                      |      |                                                                                                                                                                     |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carro rojo de paro | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### PARTIDA 11

#### LABORATORIO TERCER NIVEL ZONA CUERNAVACA

| Nivel             | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Satelite          | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Clinitek Advantus | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Quintus           | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Liaison           | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Immulite          | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Imola             | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

#### PARTIDA 12, 13 y 14

#### SERVICIO DE AUDIOLOGIA Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico                                            | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Audiómetro con Cámara Sonoamortiguada                          | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Equipo de electronistagmografia con regleta y luces de colores | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |



**2025**  
Año de  
**La Mujer**  
Indígena





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|                                                   |                                                                      |      |                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipo de emisiones otoacústicas                  | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Equipo de potenciales auditivos de tallo cerebral | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 15, 16 y 17

#### ELECTROENCEFALOGRAMAS Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico       | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Electroencefalógrafo      | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Equipo de soporte de Vida | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 18, 19 y 20

#### ELECTROMIOGRAFIAS Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico        | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Electromiógrafo           | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| -Equipo de soporte de vida | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 21, 22 y 23

#### OFTALMOLOGIA Zona Cuautla, Cuernavaca y Zacatepec

| Equipamiento Básico              | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OcuScan RxP                      | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Camara de fondo de ojo FF450plus | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |



2023  
Año de  
La Mujer  
Indígena





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|                                    |                                                                      |      |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIRRUS HD-OCT 500                  | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| ULTRASONIDO ULTRASCAN MODO A/B     | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Campímetro HFA- 745-4240 Humphrey® | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Topógrafo Corneal Orbscan          | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00 | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### PARTIDA 24

#### SERVICIO SUBROGADO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ZONA CUAUTLA

| Equipamiento Básico                                 | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tomógrafo mínimo 6 detectores máximo 128 detectores | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Inyector                                            | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Carro rojo de paro                                  | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Ultrasonido doppler bascular periférico             | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |
| Equipo de Rayos x alta frecuencia                   | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |







## TÉRMINOS Y CONDICIONES

| PARTIDA 25<br>ULTRASONIDOS ZONA CUERNAVACA |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipamiento Básico                        | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
| Ultrasonido doppler bascular periférico    | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

| PARTIDA 26<br>ECOCARDIOGRAMA ZONA CUERNAVACA Y ZACATEPEC |                                                                      |        |                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipamiento Básico                                      | Documento probatorio                                                 | Puntos | Observaciones                                                                                                                                                       |
| Electrocardiógrafo multicanal con interpretación         | Ficha Técnica y Factura que acrediten propiedad de los participantes | 2.00   | Se otorgara mayor puntuación al participante que acredite mayor número de propiedad equipos médicos así como al equipo médico solicitado más reciente y actualizado |

### RUBRO 2. EXPERIENCIA Y ESPECIALIDAD DEL LICITANTE

EN ESTE RUBRO SE OTORGARÁN UN MÁXIMO DE 18 (DIECIOCHO) PUNTOS

Nota: En esta etapa del proceso no se requiere presentar copia del contrato de prestación de servicios. En caso de así requerirlo el IMSS, éstos serán solicitados al licitante ganador.

#### Experiencia del licitante

En este subrubro se otorgarán un máximo de 9 (nueve) puntos.

Para acreditar la experiencia en años del licitante se utilizará la información que se presente en el punto 3 de la cédula "Experiencia de la empresa" del archivo Excel anexo.

Se asignará el máximo de puntos al licitante que acredite el máximo número de años de experiencia. A partir del máximo asignado se efectuará un reparto proporcional de puntuación entre el resto de los licitantes.

#### Especialidad del licitante

En este subrubro se otorgarán un máximo de 9 (nueve) puntos.

Para acreditar la especialidad del licitante, se utilizará la información que se presente en la cédula del archivo de Excel anexo "Especialidad de la empresa".

Se asignará el máximo de puntos, al licitante que acredite el mayor número de servicios similares. A partir del máximo asignado se efectuará un reparto proporcional de puntuación entre el resto de los licitantes.

### RUBRO 3. PROPUESTA DE TRABAJO

EN ESTE RUBRO SE OTORGARÁN UN MÁXIMO DE 12 (DOCE) PUNTOS.

Metodología para la prestación del servicio

En este subrubro se otorgarán un máximo de 7 (siete) puntos.

El licitante deberá presentar carta, en papel membretado o identificado con la razón social del licitante, en la que se indique a que la metodología que se utilizará para desarrollar el servicio se apegará a los requerimientos que se indican en el Anexo Técnico de la presente convocatoria.



2025  
Año de  
La Mujer  
Indígena





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

### Plan de trabajo

En este subrubro se otorgarán un máximo de 4 (cuatro) puntos.

Presentar carta, en papel membretado o identificado con la razón social del licitante, plan de trabajo detallado y en la que se indique que para llevar a cabo el servicio se apegarán a las fechas establecidas en la presente convocatoria, así como a la periodicidad de entrega requerida en el Anexo Técnico de la presente convocatoria.

### Esquema estructural

En este subrubro se otorgarán un máximo de 1 (un) punto.

Presentar la estructura de los recursos humanos designados para realizar el servicio.

### RUBRO 4. CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS

En este rubro se otorgarán un máximo de 10.80 (diez punto ochenta) puntos.

Se asignará el máximo de puntos al licitante que acredite el cumplimiento del máximo número de contratos con un tope máximo de diez. A partir del máximo asignado, se efectuará un reparto proporcional de puntuación entre el resto de los licitantes.

Presentar escrito de cumplimiento de contrato, que esté relacionado con el servicio, mediante el cual el cliente contratante manifieste el cumplimiento total de las actividades y productos que se establecen en el contrato de prestación de servicios. El número mínimo de escritos es de uno y el máximo es de diez.

El escrito emitido por el cliente deberá contener al menos lo siguiente:

Nombre y firma del cliente.

Nombre del servicio realizado.

Periodo o vigencia de prestación de servicios.

Número de contrato.

No se requiere presentar la copia de los contratos de prestación de servicios.

Nota: Para asignar los puntos no se tomarán como escritos de cumplimiento de contrato los siguientes: facturas, contratos de prestación de servicios, recibos de pago

### Resumen de documentación comprobatoria y parámetros de evaluación

| Rubro                                                                             | Documentación comprobatoria                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBRO 1. CAPACIDAD DEL LICITANTE</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>1.1 Capacidad de los Recursos Humanos</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                             |
| 1.1.1 Experiencia de los recursos humanos en asuntos relacionados con el servicio | Cédula "Experiencia de los recursos humanos", los licitantes deben entregar para cada participante fotocopia del documento con el que acredite su relación laboral.                                                         |
| 1.1.2 Conocimientos sobre estudios relacionados con el servicio                   | Cédula "Lista de participantes" y fotocopia de cédula profesional o comprobante de estudios (Licenciatura, título documento que acredite cursos vigentes de ACLS, PHTLS, según corresponda lo solicitado por cada partida). |
| 1.1.3 Dominio de aptitudes                                                        | Cédula "Aptitudes" documento que acredite el curso como la certificación                                                                                                                                                    |
| <b>1.2 Capacidad de los Recursos Económicos y de Equipamiento</b>                 |                                                                                                                                                                                                                             |
| 1.2.1 Capacidad de los recursos de equipamiento                                   | Ficha Técnica del Equipo, Facturas que acrediten propiedad                                                                                                                                                                  |
| <b>RUBRO 2. EXPERIENCIA Y ESPECIALIDAD</b>                                        |                                                                                                                                                                                                                             |
| 2.1 Experiencia                                                                   | Cédula "Experiencia de la empresa"                                                                                                                                                                                          |
| 2.2 Especialidad                                                                  | Cédula "Especialidad de la empresa".                                                                                                                                                                                        |

### RUBRO 3. PROPUESTA DE TRABAJO

**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

| Rubro                                                                            | Documentación comprobatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 Metodología para la prestación del servicio                                  | Presentar carta, en papel membretado o identificado con la razón social del licitante, en la que se indique a que la metodología que se utilizará para desarrollar el servicio se apegará a los requerimientos que se indican en el Anexo Técnico de la presente convocatoria.                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.2 Plan de trabajo propuesto por el licitante                                   | Carta, en papel membretado o identificado con la razón social del licitante, plan de trabajo detallado y en la que se indique que para llevar a cabo el servicio se apegarán a las fechas establecidas en la presente convocatoria y en el Anexo Técnico de la presente convocatoria.                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.3 Esquema estructural de la organización de los recursos humanos (Organigrama) | Estructura de los recursos humanos designados para realizar el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| RUBRO 4. CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS                                               | Presentar escrito de cumplimiento de contrato, mediante el cual el cliente contratante manifieste el cumplimiento total de las actividades y productos que se establecen en el contrato de prestación de servicios. El número mínimo de escritos es de uno y el máximo es de diez.<br>El escrito emitido por el cliente deberá contener al menos lo siguiente:<br>Nombre y firma del cliente.<br>Nombre del servicio realizado.<br>Periodo o vigencia de prestación de servicios.<br>Numero de contrato. |

La sumatoria técnica en total será de 60 puntos y la económica de 40 puntos, teniendo tener un mínimo de 45 puntos para poder ser considera como solvente la propuesta.

- d. Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que debe cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

El licitante deberá acompañar a su propuesta técnica, en copia simple, copia de la documentación que a continuación se señala:

- Licencia Sanitaria expedido por la SSA
  - Aviso de Funcionamiento expedido por la SSA
  - Aviso de Responsable Sanitario expedido por la SSA
  - Registro sanitario del material de osteosíntesis
- Todo el material de osteosíntesis deberá ser de una misma marca

### 1.1. INSTALACIONES.

- A. Las instalaciones deberán ser adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender a los derechohabientes referidos y la distribución espacial y mobiliario del área de espera deberán cumplir los lineamientos señalados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- B. Deberá disponer de consultorios que cuenten con equipo médico instrumental y mobiliario completo especializado de su área para realizar la valoración integral de cada paciente.



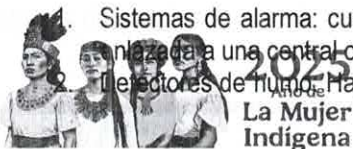
2025  
Año de  
La Mujer  
Indígena





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

- C. En el caso de la partida de Resonancia Magnética y Tomografía el licitante deberá contar con un servicio integrado de anestesiología que deberá contar título, cédula de especialista y curso de ACLS y Certificación vigentes, que deberá ser acreditado con contrato de prestación de servicio vigente durante el periodo que se va a contratar, con la finalidad garantizar la atención medica de urgencias en caso de eventos adversos o complicaciones relacionadas con la anestesia y la administración de medios de contraste.
- D. De acuerdo con la especialidad que ofrece el proveedor de atención médica, el consultorio deberá cumplir con los requerimientos de equipo descritos en la NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- E. Cuando deba sustituir en su caso, el instrumental y consumibles necesarios, en virtud de mejoras tecnológicas y/o disposiciones de las autoridades sanitarias, el proveedor lo deberá informar al Instituto con el fin de garantizar la calidad de los estudios contratados
- F. Las instalaciones del proveedor deben de ser accesibles a la Población Derechohabiente a la cual brinda los servicios y sin barreras arquitectónicas para atención de discapacitados.
- G. El licitante deberá respetar el domicilio de ubicación del servicio subrogado de laboratorio y diagnostico en el domicilio especificado en su propuesta y no podrá prestarse en un lugar diferente al estipulado; a menos que se tenga la autorización por escrito del Jefe Delegacional de Prestaciones Médicas y siempre y cuando las instalaciones que se ofrezcan cumplan lo mencionando en el presente anexo.
- H. El Instituto realizara supervisiones con el fin de garantizar que los establecimiento donde se atiende a los derechohabientes cuenten con las siguientes medidas de seguridad:
1. Sistemas de alarma
  2. Detectores de humo
  3. Salida de emergencia adicional a la de acceso con puertas abatibles y barra de emergencia u otro dispositivo de fácil operación
  4. Rutas de evacuación señalizadas y pasillos libres de obstáculos
  5. Punto de reunión señalizado
  6. Acreditar la realización de simulacros de evacuación (avalados por protección civil del estado y vigentes durante el lapso del contrato)
  7. Equipo contra incendios que se encuentre en sitios visibles con recarga vigente y el personal sabe cómo utilizarlo
  8. Iluminación de emergencia
  9. Programa interno de protección civil vigente y aplicado
  10. Visto bueno de protección civil municipal o delegacional.
- I. El proveedor que participe deberá presentar, la documentación que sustente el cumplimiento de lo solicitado en la "Cedula de Verificación de las condiciones de Seguridad y Protección Civil en las Unidades Médicas subrogadas 2013", y que se enlistan a continuación:  
Independientemente de lo anterior el Instituto realizará visitas de supervisión física a los establecimientos a fin de aplicar la Cédulas y verificar la documentación sustento de cumplimiento con lo solicitado en la multicitada cedula, a continuación se relacionan los puntos que contiene:



1. Sistemas de alarma: cuenta con panel de control de respaldo, señal de alerta visual y auditiva (sirena y luz estrobo) está conectada a una central o servicio de emergencia.
2. Detectores de humo: Hay un detector por cubículo, por pasillo y en superficies mayores, uno por cada 80 metros cuadrados;





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

instalación cableada e integrados al sistema de alarma y conectados a un tablero con indicadores luminosos.

3. Extintores: Colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado, a una altura máxima de 1.5 metros a la parte más alta del equipo, con carga vigente, en sitios visibles y señalizados, de fácil acceso y libres de obstáculos, cerca de puertas y trayectos normalmente recorridos.
4. Iluminación de emergencia: ubicada en rutas de evacuación, áreas de tránsito y donde la interrupción de la fuente de luz artificial representa un riesgo; debe estar en funcionamiento automático, enciende una o más lámparas cuando el flujo de corriente eléctrica se interrumpe.
5. Película de protección de cristales: si el programa interno de Protección Civil, de acuerdo a los riesgos detectados establece la necesidad de aplicar a los cristales de ventanas una película de protección que los hace inastillables, el establecimiento debe contar con ella.
6. Capacitación: debe contar con constancia de capacitación del personal (DC-3) en el uso de extintores y procedimientos de evacuación, así como de capacitación de los integrantes de la unidad interna de protección civil. La capacitación deberá ser emitida por un capacitador externo o interno que cuente con los registros ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y su Registro de Protección Civil Vigente
7. Salida de emergencia: Cuenta con salida de emergencia y la apertura de las puertas es hacia el sentido de la misma, cuenta un mecanismo de apertura desde dentro y no tiene seguros puestos durante horas laborales y está debidamente identificada.
8. Programa interno de protección civil y brigadas, vigente, aplicada y aprobada por la autoridad de protección civil.
9. Simulacro de evacuación: acredita la realización de simulacro, en el numero establecido por la autoridad en materia de protección civil y por lo menos uno, con hipótesis de incendio por lo menos uno al año y la evacuación del inmueble se efectúa en el tiempo estipulado por la autoridad en la materia.
10. Licencias y dictámenes: Cuenta con visto bueno de la autoridad de Protección Civil, con bitácoras de mantenimiento de instalaciones eléctricas y de gas.
11. Señalización: Rutas de evacuación, pasillos de rutas de evacuación y puntos de reunión cuentan con señalización que indican la dirección de la ruta que conduce hacia una zona de seguridad previamente establecida e identificada o punto de reunión.
12. Rutas de evacuación y puntos de reunión deben estar libres de obstáculos y permitir la circulación de dos personas adultas simultáneamente, la distancia del recorrido de cualquier punto a la salida no deberá ser mayor a 40 metros.
13. Si el inmueble es de dos plantas, las escaleras tienen un ancho mínimo de 0.90m. con pasamanos fijos a una altura de 0.90m. y baranda colocada a una distancia intermedia entre el barandal y la paralela formada con la altura media del peralte de los escalones; los elementos verticales de los barandales (balaustres) se encuentran colocados en cada escalón, en caso de que no se cuente con baranda o cada 4 escalones en caso de contar con ellas, y presenta material antiderrapante.
14. Las puertas internas deben tener como mínimo de 0.90 de ancho y su abatimiento no debe obstaculizar el sentido de la ruta de evacuación.
15. Del numeral 1,2 y 3 deberán contar con contrato vigente de la prestación del servicio antes mencionado.
16. De los puntos anteriores deberán de cumplir estricto apego a las Normas, Leyes y Reglamentos vigentes de Protección civil del Estado de Morelos.

### 1.2 PERSONAL.

- A. El licitante deberá presentar listado del personal médico que prestara el servicio de acuerdo a la partida que oferte; el que deberá ser médico especialista titulado con cedula profesional y cédula de especialidad.



2023  
Año de  
La Mujer  
Indígena





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

- B. El licitante deberá presentar listado del personal auxiliar de enfermería, titulado y con cedula profesional; y/o constancia que avale que es auxiliar de enfermería por plantel educativo incorporado a la SEP, UAEM, UNAM o Politécnico.

Las modificaciones a la plantilla de personal del servicio contratado serán notificadas a la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud de la Delegación Morelos y al Administrador del Contrato, con una anticipación mínimo de 5 días hábiles, realizándose las adecuaciones necesarias para no afectar ningún servicio.

### 3. REGISTRO Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS

- A. El licitante deberá de requisitar el formato "INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES" (Anexo 02). El cual deberá ser enviado de manera semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe:

| UNIDAD                                         | NOMBRE                                                                 | CORREO                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COORDINACION AUXILIAR OPERATIVA ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo Lopez                                       | milton.canedo@imss.gob.mx,                                                                                                                                       |
| H.G.R./M.F. No.01                              | M.E. Roberto Gonzalez Carcaño<br>C.P. Oscar Cabañas López              | <a href="mailto:roberto.gonzalezc@imss.gob.mx">roberto.gonzalezc@imss.gob.mx</a> ,<br><a href="mailto:oscar.cabanass@imss.gob.mx">oscar.cabanass@imss.gob.mx</a> |
| HGZ/MF No. 7                                   | M.E. Davis Estrada Garcia<br>C. Milton Ramses Ordoñez Arellano         | <a href="mailto:marco.bermudez@imss.gob.mx">marco.bermudez@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:milton.ordonez@imss.gob.mx">milton.ordonez@imss.gob.mx</a>         |
| HGZ/MF NO. 5                                   | M.E. Minetteh Yolisma Garcia Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | <a href="mailto:minetteh.garcia@imss.gob.mx">minetteh.garcia@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:gustavo.castrejon@imss.gob.mx">gustavo.castrejon@imss.gob.mx</a> |

- B. licitante deberá requisitar el formato "INFORMACIÓN DE FACTURACION" (Anexo 03). El cual deberá ser enviado junto con la información semanal mediante correo electrónico a los correos electrónicos que a continuación se enlistan a los directivos de la partida que participe, dentro de los 3 días hábiles de la semana inmediata siguiente.

Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

- e. Documentación técnica necesaria, como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar las especificaciones técnicas requeridas.



No aplica  
2025  
Año de  
las y los  
indígenas

institucionales, donde se suministrarán o colocarán los bienes o donde se prestarán los servicios.

Página 18 de 27





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

No aplica

- g. Si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes. Se deberá precisar puntualmente, el objeto y el resultado que se espera obtener de la misma.

Visita a las instalaciones de los licitantes con el fin de aplicar la Cedula de Verificación de las Condiciones de Seguridad y Protección Civil de las Unidades Médicas Subrogadas 2025.

- h. Las penas convencionales y deducciones al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.8 de las POBALINES.

- **Penalizaciones**

Se aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 1.0%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el I.V.A., en el supuesto siguiente

Cuando el proveedor no otorgue el servicio conforme al calendario y horarios establecidos.

Cuando el proveedor no preste el servicio que se le haya requerido dentro del plazo señalado en el presente contrato y sus anexos, considerándose este plazo como entrega oportuna: cita el mismo día y un máximo de cuatro días. Una vez transcurrido (1) un día hábil posterior a la fecha comprometida para la realización del servicio, será potestativo para el instituto aceptar el motivo de retraso.

- **Deductivas**

| Num | Descripción    | Rango         |
|-----|----------------|---------------|
| 1   | Bienes         | Del 0.2 al 1% |
| 2   | Servicios      |               |
| 3   | Arrendamientos |               |

### DEDUCTIVAS

El instituto aplicará deductivas por deficiencias en el servicio en los supuestos siguientes:

- En caso de que el instituto por urgencia de la prestación del servicio este obligado a contratar un tercero por incumplimiento, el prestador de servicio pagara como pena convencional el equivalente al 100% de los gastos que el instituto haya erogado por este concepto, o sus derechohabientes.
- De generarse alguna reclamación por parte del derechohabiente por deficiencias en el servicio recibido debidamente documentado, el proveedor se hará acreedor a una deductiva equivalente al 1% sobre el costo del servicio.
- Cuando el proveedor incumpla en la entrega del informes ANEXO 2 Y ANEXO 3 (insertos en el anexo) técnico después de 3 días hábiles, teniendo como evidencia de entrega sello y firma de la coordinación y/o acuse de recibo en correo electrónico a los correos arriba mencionados se aplicara el 1.0% sobre el monto facturado en el mes que corresponda.

| UNIDAD                                               | NOMBRE                                                    | CORREO                                                       |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| COORDINACION<br>AUXILIAR OPERATIVA<br>ADMINISTRATIVA | C.P. Milton Arnulfo Cañedo                                | milton.canedo@imss.gob.mx,                                   |
|                                                      | M.E. Roberto Gonzalez Carcaño<br>C.P. Oscar Cabañas López | roberto.gonzalezc@imss.gob.mx,<br>oscar.cabanass@imss.gob.mx |



H. 2025 No.01  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

|              |                                                                           |                                                                                                                                                                  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HGZ/MF No. 7 | M.E. David Estrada Garcia<br>C. Milton Ramsés Ordoñez<br>Arellano         | <a href="mailto:David.estrada@imss.gob.mx">David.estrada@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:milton.ramses@imss.gob.mx">milton.ramses@imss.gob.mx</a>             |
| HGZ/MF NO. 5 | M.E. Minetteh Yolisma Garcia<br>Posada<br>C.P. Gustavo Castrejon Martinez | <a href="mailto:minetteh.garcia@imss.gob.mx">minetteh.garcia@imss.gob.mx</a><br><a href="mailto:gustavo.castrejon@imss.gob.mx">gustavo.castrejon@imss.gob.mx</a> |

- Si durante las visitas de supervisión que se realicen al contrato se detectan deficiencias en el servicio contratado, el proveedor se hará acreedor a una deductiva equivalente al 1.0 % sobre el valor de lo facturado en el mes donde se detecten estas deficiencias.
- Supervisiones a Instalaciones si se acredita que el proveedor no cumple con estas condiciones, se iniciara el proceso de rescisión del contrato que en su caso se suscriba.

No obstante la aplicación de las penas convencionales y deductivas antes indicadas, el instituto podrá rescindir el contrato respectivo. El proveedor autorizará al instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

La pena convencional y/o deductiva se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del servicio prestado con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda al concepto. La suma de las penas convencionales y deductivas no deberá exceder el importe de dicha garantía.

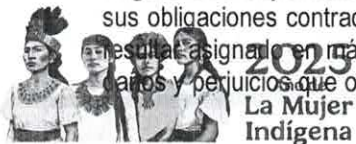
Conforme a lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 95 y 96 del reglamento de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del instituto.

- En su caso, mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

No aplica

- Garantías de anticipos, cumplimiento, defectos o vicios ocultos de bienes, deberán de apegarse al numeral 4.30.1 penúltimo párrafo de estas POBALINES, así como la calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según sea el caso.

- Garantía por anticipo:** No ( x ), Si ( ).
- Garantía de cumplimiento:** No ( ), Si ( x ): % sobre el monto del contrato: Forma de acreditarla: 10%, Plazo de entrega :15 días después de la firma del contrato, Divisible o indivisible: **indivisible**, Prorrata: NO. Periodo de garantía: **Durante la vigencia del contrato**.
- Garantía por defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento.** Si ( ), No ( x ) monto a solicitar: % Forma de acreditarla.
- Seguro de Responsabilidad Civil:** para cubrir los daños y perjuicios que puedan suceder con motivo del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Si ( x ) no ( ) monto a solicitar 50% del monto de la partida (S) que oferte, En caso de resultar asignado en más de una partida, se considerara el 50% del monto de la partida más alta; Alcance: que ampare los daños y perjuicios que ocasione al Instituto y/o al patrimonio del mismo, a su personal, así como los que cause a terceros en







### **TÉRMINOS Y CONDICIONES**

sus bienes o personas durante la prestación o consecuencia del servicio el licitante adjudicado, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a alguno daño y/o perjuicio al instituto o a los derechohabientes. Forma de acreditarla Póliza de responsabilidad civil EL PROVEEDOR se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, lleguen a causar a EL INSTITUTO y/o a terceros, con motivo de las obligaciones pactadas en este instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

- Las garantías permanecerán en el Instituto, hasta que proceda su cancelación o hasta hacerlas efectivas por incumplimiento del proveedor.
- Plazo para notificar al proveedor por defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento

En un plazo que no excederá de 7 (siete) días naturales, contados a partir de la fecha de su notificación

- La existencia de consumibles y refacciones.

No aplica

- Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

No aplica

La existencia de consumibles y refacciones.

- No aplica

Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

- no aplica

Caducidad de los bienes.

- no aplica

Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.

- no aplica

Periodo de garantía.

- no aplica

Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.

- No aplica

Garantía de mano de obra y/o partes.

- No aplica

Mantenimientos correctivos y/o preventivos.

- No aplica

En su caso, si se requiere capacitación, solicitar programa para la misma.

- No aplica

Cabe señalar que la información generada en la operación de éstos, será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizada por persona física o moral diferente al IMSS, con el consentimiento por escrito y expreso del Instituto, en los términos establecidos por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública de igual es obligación del proveedor de entregar en forma oportuna la información requerida por el Instituto, utilizando los formatos institucionales autorizados.

- k. Precisar la forma de pago para lo cual deberán especificar el tipo de moneda y si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo.





### TÉRMINOS Y CONDICIONES

Con apego al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos"

1. Plazo para el pago: 20 días
2. Tipo de moneda: Pesos mexicanos
3. Documentos anexos a la factura:
4. Método de pago: pago electrónico
5. Existencia de un contrato o convenio formalizado
6. Representación impresa del comprobante fiscal autorizado por el SAT
7. Solicitud de subrogación de servicio (4-30-2/03)
8. Referencia- Contra referencia (4-3038/98) Copia u original
9. Copia de Identificación INE o Carnet de Citas del IMSS
10. Acta entrega de Servicios
11. Si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo:  
Pagos progresivos de manera semanal
12. Firma de la factura: el Auxiliar del Administrador y el Administrador del contrato

I.

Mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los bienes o de los servicios contratados y efectivamente prestados y efectivamente entregados o prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable.

| Concepto                                                                                                                                    | Producto                                                                                                                                                                                               | Fecha de inicio                         | Observaciones                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| El administrador del contrato como sus auxiliares podrán realizar supervisión a la prestación del servicio durante la vigencia del contrato | Cumplimiento por parte del proveedor en realizar los servicios médicos subrogados con apego a las guías de práctica clínica así como a las Normas Oficiales Mexicanas, así como las normativas de pago | Primeros 30 días al inicio del contrato | Mínimo 1 reuniones. Máximo 2 reuniones. |

- m. En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización del mismo, el cual debe ajustarse a las disposiciones establecidas en los artículos 13, 45 fracciones IX y X de la LAASSP y 81 fracción V del RLAASSP, y el numeral 4.2.7 del MAAGAASSP. Así como la justificación para el otorgamiento del anticipo.

No aplica

- n. Aviso de privacidad, así como la precisión de las medidas de seguridad para el manejo de la información para bienes o servicios de tecnologías de la información y comunicaciones, alineado a la política general de Seguridad de la información en materia de TIC, cuando se considere aplicable.







## TÉRMINOS Y CONDICIONES

- o. Seguro de Responsabilidad Civil en el caso de adquisición o arrendamiento de bienes o prestación de servicios que así lo ameriten a juicio del Área Requiriente y/o Técnica, misma que, bajo su responsabilidad, indicará el monto o porcentaje por el cual deberá constituirse la póliza respectiva, sin que esta pueda ser inferior al 10% (diez por ciento) del importe total del contrato o, en su caso, del importe máximo del contrato. En estos casos, cuando el proveedor llegase a contar con una póliza de responsabilidad civil global, podrá entregar al Área Contratante el endoso que garantice el contrato o convenio que se celebre, mismo que deberá corresponder al monto o porcentaje que se hubiera establecido, sin que sea necesario exigirle la presentación, exhibición o entrega de la póliza original.

Si aplica

- p. Tratándose de reuniones, conferencias, seminarios, cursos, capacitaciones, asambleas, justas deportivas y, en general, cualquier tipo de evento o acto en el que personas servidoras públicas participen fuera de las instalaciones del IMSS, se deberá contar con los dictámenes de protección civil emitidos por las autoridades competentes en la materia.

No aplica

  
\_\_\_\_\_  
**M.E. Raul Aguilar Lara**  
Coordinador de Prevención y Atención a la Salud

  
Elaboró: Milton Arnulfo Cañedo López

  
Revisó. – M.E. Marco Antonio Bermudez Espinosa

*Los presentes Términos y Condiciones deberá estar firmado en la última hoja y rubricados en todas, por los servidores públicos del área requirente y/o técnica responsable de su elaboración y autorización de acuerdo con el numeral 4.24.4 de las POBALINES*



## TÉRMINOS Y CONDICIONES

### "INFORME DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO PROVEEDORES" (Anexo 02).

| No. | FECHA CONSULTA | PERIODO | NOMBRE DEL PACIENTE | No. DE SEGURIDAD SOCIAL | AGREGADO MEDICO | EDAD | SEXO | UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR | DIAGNÓSTICO | IMPORTE | MEDICO DE REFERENCIA IMSS | No. DE FACTURA | COMENTARIOS |
|-----|----------------|---------|---------------------|-------------------------|-----------------|------|------|-----------------------------|-------------|---------|---------------------------|----------------|-------------|
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |
|     |                |         |                     |                         |                 |      |      |                             |             |         |                           |                |             |







## TÉRMINOS Y CONDICIONES

### "INFORMACIÓN DE FACTURACION" (Anexo 03).

| FECHA | NO. DE FACTURA | MONTO | MES DE FACTURACION | UNIDAD | CONTRATO | SERVICIO | No. DE ESTUDIOS | No. DE CONTRARECIBO | ESTATUS (PENDIENTE DE PAGO, PAGADA, EN REVISION) | OBSERVACIONES |
|-------|----------------|-------|--------------------|--------|----------|----------|-----------------|---------------------|--------------------------------------------------|---------------|
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |
|       |                |       |                    |        |          |          |                 |                     |                                                  |               |





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

### Solicitud de Información de Servicios (4-30-2)

[illegible]

**2025**  
Año de  
**La Mujer**  
**Indígena**





## TÉRMINOS Y CONDICIONES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## ACTA ENTREGA DEL SERVICIO

N.º DE CONTRATO

FECHA

PROVEEDOR

UNIDAD DONDE SE PRESTA EL SERVICIO

### DESCRIPCIÓN

EN RELACION AL CONTRATO DEL SERVICIO \_\_\_\_\_ Y PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR SE EXTIENDE **LA PRESENTE ACTA DE ENTREGA Y RECEPCION DE BIENES Y/O SERVICIOS**, DONDE SE HACE CONSTAR QUE LOS SERVICIOS FUERON ENTREGADOS CON LAS CARACTERISTICAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACION, Y EN TOTAL APEGO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS ESTIPULADAS EN EL CONTRATO VIGENTE REALIZADO CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL No. CONTRATO 00000000000 EL CUAL TENDRA VIGENCIA HASTA EL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DEL 2024

| DESCRIPCIÓN | CANT.     | Precio Unitario | Importe |
|-------------|-----------|-----------------|---------|
|             |           |                 |         |
|             |           |                 |         |
|             | SUBTOTAL  |                 |         |
|             | IMPUESTOS |                 | \$ -    |
|             | TOTAL     |                 | \$ -    |

SE HACE CONSTAR QUE LOS BIENES Y/O SERVICIOS ANTES MENCIONADOS SE CONCILIARON CON LAS LISTAS DIARIAS DE MEDICION DE CONSUMO POR SERVICIO, LAS CUALES LAS CUALES SE ENCUENTRAN EN RESGUARDO DE LA UNIDAD SOLICITANTE.

Administrador del contrato

Auxiliar del Administrador del Contrato





**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025

"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144, 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**ANEXO 8.  
PROPUESTA ECONÓMICA**

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos  
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento  
Presente

Partida 1 y 2: PHmetrias y Manometria

Zona: Cuautla y Cuernavaca

CUCOP: 33900007

| NOMBRE PROCEDIMIENTO | PU           |
|----------------------|--------------|
| MANOMETRIA           | \$ 6,095.00  |
| PH METRIA            | \$ 5,678.00  |
| Subtotal             | \$ 11,773.00 |
| IVA                  | \$ 1,883.68  |
| Total                | \$ 13,656.68 |

**IMPORTE MAXIMO CON LETRA (TRECE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS 68/100 M.N.)**

NOTA: EL PRECIO PROPUESTO PERMANECERA FIJO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO  
EN CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORQUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI  
REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES Y  
PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONTRATACION

Presentación Un = Unidad de Medida Cant = Cantidad Tipo = Tipo de Presentación

Los precios resultantes serán fijos durante la vigencia del contrato.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.

Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00001



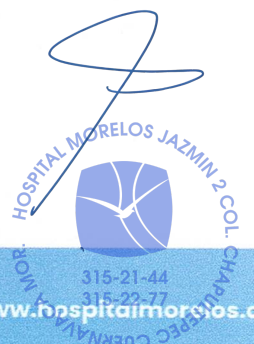
777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025

"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**ANEXO 8.  
PROPUESTA ECONÓMICA**

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos  
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento  
Presente

Partida 15, 16 y 17: Electroencefalogramas

Zona: Cuernavaca y Zacatepec

CUCOP: 33900007

| NOMBRE PROCEDIMIENTO                                    | PU          |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| Electroencefalograma (Pacientes Ambulatorios)           | \$ 1,920.00 |
| Electroencefalograma (pacientes Internados en Hospital) | \$ 1,335.00 |
| Subtotal                                                | \$ 3,255.00 |
| IVA                                                     | \$ 520.80   |
| Total                                                   | \$ 3,775.80 |

**IMPORTE MAXIMO CON LETRA (TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS 80/100 M.N.)**

NOTA: EL PRECIO PROPUESTO PERMANECERA FIJO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO  
EN CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORQUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI  
REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES Y  
PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONTRATACION

Presentación Un = Unidad de Medida Cant = Cantidad Tipo = Tipo de Presentación

Los precios resultantes serán fijos durante la vigencia del contrato.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.  
Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00002



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)







**HOSPITAL  
MORELOS**  
Salud con calidez humana

Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025  
"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA  
ZONA CUERNAVACA, CUAUTLA Y ZACATEPEC  
PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS

CONVOCANTE:  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES  
Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Adjudicación Directa Número S18/AD/032/2025

"SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS PARA LA ZONA CUERNAVACA,  
CUAUTLA Y ZACATEPEC PARA EL OOAD MORELOS" PARTIDAS DESIERTAS.

LICITANTE:  
HOSPITAL MORELOS S.A. DE C.V.  
R.F.C.: HMO950626QK7.  
No. PROVEEDOR: 0000084522.  
DOMICILIO FISCAL: CALLE: JAZMIN No. 2.  
COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450.  
CUERNAVACA, MORELOS, MEXICO.  
TELS. 7773152014, 3152144. 777 279 33 30.  
[administracion@hospitalmorelos.com.mx](mailto:administracion@hospitalmorelos.com.mx)

**ANEXO 8.  
PROPUESTA ECONÓMICA**

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos  
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento  
Presente

Partida 18, 19 y 20: Electromiografías

Zona: Cuernavaca, Cuautla y Zacatepec

CUCOP: 33900007

| Nombre del Procedimiento                                                              | PU           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES AMBOS (derecho e izquierdo)                   | \$ 3,630.00  |
| ELECTROMIOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES AMBOS (Miembros pélvicos derecho e izquierdo) | \$ 3,630.00  |
| ELECTROMIOGRAFÍA DE COLUMNA (Cervical y torácica)                                     | \$ 3,300.00  |
| ELECTROMIOGRAFIA DE 4 EXTREMIDADES                                                    | \$ 6,050.00  |
| Subtotal                                                                              | \$ 16,610.00 |
| IVA                                                                                   | \$ 2,657.60  |
| Total                                                                                 | \$ 19,267.60 |

**IMPORTE MAXIMO CON LETRA (DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 60/100 M.N.)**

NOTA: EL PRECIO PROPUESTO PERMANECERA FIJO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO EN CASO QUE EL INSTITUTO ME OTORQUE LA DEMANDA SOLICITADA, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN ESTA CONTRATACION

Presentación Un = Unidad de Medida Cant = Cantidad Tipo = Tipo de Presentación

Los precios resultantes serán fijos durante la vigencia del contrato.

Cuernavaca, Morelos a 07 de abril del 2025.  
Protesto lo necesario.

Lic. Laura Leticia Pérez Rizo  
Directora General y Apoderada Legal  
Hospital Morelos S.A. de C.V.

00003



777 315 20 14  
777 238 52 56  
777 315 22 16



Calle Jazmín No.2, Col. Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos. México. C.P. 62450



315-21-44  
315-22-77  
[www.hospitalmorelos.com](http://www.hospitalmorelos.com)





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL MORELOS  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento  
Departamento de Adquisición de Bienes y  
Contratación de Servicios



**MODELO DE LA PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR, ANTE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE: ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA. (ENTIDADES)**

**(Afianzadora o Aseguradora)**

**Denominación social:** \_\_\_\_\_ en lo sucesivo (la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Autorización del Gobierno Federal para operar:** \_\_\_\_\_ (Número de oficio y fecha)

**Beneficiaria:**

(Nombre de la Entidad paraestatal), en lo sucesivo "la Beneficiaria".

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": \_\_\_\_\_

**Fiado (s):** (En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)

**Nombre o denominación social:** \_\_\_\_\_

**RFC:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ (El mismo que aparezca en el contrato principal)

**Datos de la póliza:**

**Número:** \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora" o la "Aseguradora")

**Monto Afianzado:** \_\_\_\_\_ (Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

**Moneda:** \_\_\_\_\_

**Fecha de expedición:** \_\_\_\_\_

**Obligación garantizada:** El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.

**Naturaleza de las Obligaciones:** \_\_\_\_ (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato).

Si es **Divisible** aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

Si es **Indivisible** aplicará el siguiente texto: La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.

**Datos del contrato o pedido, en lo sucesivo el "Contrato":**

**Número asignado por "la Contratante":** \_\_\_\_\_

**Objeto:** \_\_\_\_\_

**Monto del Contrato:** (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

**Moneda:** \_\_\_\_\_

**Fecha de suscripción:** \_\_\_\_\_

**Tipo:** (Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios, Obra Pública o servicios relacionados con la misma).

**Obligación contractual para la garantía de cumplimiento:** (Divisible o Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato)

**Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva:** El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**Competencia y Jurisdicción:** Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de \_\_\_\_\_ (precisar el lugar), renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y último párrafo, y artículo 49, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica [www.amig.org.mx](http://www.amig.org.mx)

(Nombre del representante de la Afianzadora o Aseguradora)

**CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.**

**PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.**

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo, cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente, aún y cuando parte de las obligaciones se subcontraten.

**SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el \_\_\_\_ % (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato".

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el \_\_\_\_ % de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL MORELOS  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento  
Departamento de Adquisición de Bienes y  
Contratación de Servicios



En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente. (La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente que en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible; de estipularse que es divisible, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

#### **TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora"), se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

#### **CUARTA. - VIGENCIA.**

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula. Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria. De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

#### **QUINTA. - PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.**

En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora"), la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.

#### **SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.**

**(Sólo incluir para el caso de póliza en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)**

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a (la "Afianzadora" o a la "Aseguradora") dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiendo que los endosos que emita (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

#### **SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjujide, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

#### **OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.**

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

#### **NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.**

**(Sólo incluir para el caso de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios)**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.

El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a (la "Afianzadora" o la "Aseguradora") la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.

Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el "Contrato", "la Contratante" haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por el correcto





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL MORELOS  
Jefatura de Servicios Administrativos  
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento  
Departamento de Adquisición de Bienes y  
Contratación de Servicios



funcionamiento de los mismos o por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

**DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.**

(La "Afianzadora" o la "Aseguradora") acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

**DÉCIMA PRIMERA. -RECLAMACIÓN**

"La Beneficiaria" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279, de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

**DÉCIMA SEGUNDA. - DISPOSICIONES APLICABLES.**

Será aplicable a esta póliza, en lo no previsto por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la legislación mercantil y a falta de disposición expresa el Código Civil Federal.



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N°189001.250100/092/2025  
Cuernavaca Mor., 22 de Enero de 2025

### Oficio de designación del Administrador del Contrato

Con fundamento en el artículo 2, numeral III Bis del RLAASSP, numeral 4.3.1 del MAAGMAASSP, así como los numerales 4.13, 4.17, 4.24.6, 5.3.15 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, se le informa que se le designa como Administrador del Contrato o Pedido con objeto de la contratación: **Servicio Subrogado de Electroencefalograma**

Por lo cual se le designan las siguientes funciones:

- Verificar el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidas en el contrato conforme, las condiciones establecidas, características, especificaciones y funciones de los bienes, y/o servicios; así como las condiciones de instalación, puesta en operación y capacitación, levantando en cada caso el Acta de Entrega-Recepción.
- Determinar, calcular, aplicar y dar seguimiento a las penas convencionales y deducciones, según sea el caso, previstas en los contratos o pedidos, así como de notificarlas al proveedor para que éste realice el pago correspondiente.
- Dar la autorización para que la Jefatura de Servicios de Finanzas, proceda a su pago de acuerdo con lo normado en el anexo "Cuentas Contables" y lo señalado en el contrato.
- Solicitar de manera fundada y motiva la rescisión o terminación anticipada de los contratos.
- En su caso llevar a cabo la valoración de la procedencia del pago por concepto de gastos no recuperables conforme a lo previsto en los artículos 101 y 102 del RLAASSP, en relación con los artículos 38, 46, 54 Bis y 55 Bis, segundo párrafo de la LAASSP.
- Suscribir todos los documentos derivados de las acciones mencionadas.

Atentamente

  
**M.E. Marco Antonio Adair Liña Amador**  
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
[marco.liña@imss.gob.mx](mailto:marco.liña@imss.gob.mx)

Tel: 7773155000

Acepto la designación y conozco la normatividad vigente en Materia de Adquisiciones que conlleva la designación



Nombre completo: **M.E. Raúl Aguilar Lara**

Cargo: **Coordinador de Prevención y Atención a la Salud**

Área de adscripción en el IMSS: Jefatura de Prestaciones Médicas

Domicilio institucional: Boulevard Benito Juárez N° 18 Col. Centro Cuernavaca Morelos.

Registro Federal de Contribu

Clave Única de Registro de Población:

Correo electrónico institucional: [raul.aguilarla@imss.gob.mx](mailto:raul.aguilarla@imss.gob.mx)

Teléfono institucional: 777 329 51 00 ext 1345







Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N° 18.9001.250100/095/2025

Cuernavaca, Morelos a 22 de Enero de 2024

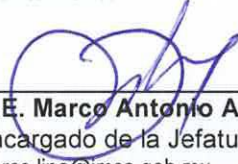
### Oficio de designación del Auxiliar del Administrador del Contrato

Con fundamento en el numeral 4.17 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, se le informa que se le designa como Auxiliar del Administrador del Contrato o Pedido con objeto de la contratación: **Servicio Subrogado de Electroencefalograma**

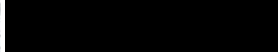
Por lo cual se le designan las siguientes funciones:

- A. Seré corresponsable con el administrador del contrato, realizando las funciones que se detallan a continuación, estando obligado de mantener informado al administrador del contrato con la periodicidad y forma siguiente:
  - a. Supervisar la correcta elaboración de los formatos de solicitud.
  - b. Mantener actualizado el devengo de los bienes solicitados.
  - c. Reportar al administrador inconsistencias en los servicios.
  - d. Informar incumplimientos al administrador para posibles sanciones.
  - e. Validar la facturación de los bienes recibidos y que esté integrado como lo marca la glosa de pago.
- B. Suscribir todos los documentos derivados de las acciones mencionadas
  - a. Tablero de control de devengos.
  - b. Factura de los proveedores.

Atentamente

  
**M.E. Marco Antonio Adair Liña Amador**  
Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
[marco.lina@imss.gob.mx](mailto:marco.lina@imss.gob.mx)  
Tel: 7773155000

Acepto la designación y conozco la normatividad vigente en materia de Adquisiciones que conlleva la designación.

  
Nombre completo: **M.E. Karla Orihuela Resillas**  
Cargo: **Subdirectora Médica del HGZ/MF No.5**  
Área de adscripción en el IMSS: **HGZ/MF No.5**  
Domicilio institucional: **Lázaro Cárdenas S/N Col. Centro C.P. 62780, Zacatepec, Morelos**  
Registro Federal de Contrib  
Clave Única de Registro de Población:   
Correo electrónico institucional: **[karla.orihuela@imss.gob.mx](mailto:karla.orihuela@imss.gob.mx)**  
Teléfono institucional: **Tel: 7343431030**



SE ELIMINA RFC Y CURP POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20 marzo 2025



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa

Of N°18.9001.250100/ 096/2025  
Cuernavaca, Morelos a 22 de enero de 2025

### Oficio de designación del Representante Técnico

Con fundamento en el numeral 4.24.7 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y con objeto de la contratación: **Servicio Subrogado de Electroencefalograma**

Se le informa que fungirá como Representante Técnico realizando las siguientes funciones:

- A. Elaboré las especificaciones técnicas que se deberán considerar respecto de los bienes y/o servicios a contratar.
- B. Realicé el estudio de factibilidad y costo beneficio conforme a las presentes POBALINES (**Cuando aplique**).
- C. Propuse los mecanismos de evaluación de proposiciones.
- D. Asistiré puntualmente a las (s) junta(s) de aclaraciones y responderé las preguntas que realicen los licitantes sobre aspectos técnicos. En apego a lo observado en el último párrafo de fracción V del artículo 46 del RLAASSP
- E. Realizare la evaluación técnica de las proposiciones.
- F. En su caso, atenderé desde el punto de vista técnico los informes de los medios de impugnación que se deriven.
- G. Suscribiré todos los documentos derivados de las acciones mencionadas
- H. Que todas mis actuaciones estarán en apego a la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Publico, su Reglamento; Ley General de Responsabilidades Administrativas; Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones; Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social" (POBALINES) y demás normatividad aplicable; por lo cual entiendo su contenido y alcance.

Atentamente

**M.E. Marco Antonio Adair Liña Amador**

Encargado de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

[marco.lina@imss.gob.mx](mailto:marco.lina@imss.gob.mx)

Tel: 7773155000

Acepto la designación y conozco la normatividad vigente en materia de Adquisiciones que conlleva la designación

Nombre completo: **M.E. Marco Antonio Bermudez Espinosa**

Cargo: **Encargado de la Coordinación Auxiliar de Segundo Nivel**

Área de adscripción en el IMSS: Jefatura de Prestaciones Médicas

Domicilio institucional: Boulevard Benito Juárez N° 18 Col. Centro Cuernavaca Morelos.

Registro Federal de Contrib

Clave Única de Registro de Población:

Correo electrónico institucional: [marco.bermudez@imss.gob.mx](mailto:marco.bermudez@imss.gob.mx)

Teléfono institucional: 777 329 51 00 ext 1345





# Insurgentes

**ASEGURADORA INSURGENTES**  
**S.A. DE C.V.**  
RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

**Fianza Número:**  
**Código de Seguridad:**  
**Folio:**  
**Monto de la fianza:**  
**Monto de este movimiento:**

\$14,352.58  
\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

**Lugar y Fecha de Expedición:** Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

**Movimiento:** Emisión

**Fiado:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

**Moneda:** MXN

**Vigencia:** De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DENOMINACIÓN SOCIAL:** ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA")

**DOMICILIO:** AV. PERIFERICO SUR NO. 4829 PISO 8, COL. PARQUE DEL PEDREGAL, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 14010.

**AUTORIZACIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL PARA OPERAR:** OFICIO NUMERO 06-C00-22200/39055 DE FECHA 19 DE JULIO DE 2018.

### BENEFICIARIA:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO "LA BENEFICIARIA".

**DOMICILIO:** BOULEVARD BENITO JUÁREZ NO. 18, COL. CENTRO. CUERNAVACA, MORELOS, C.P. 62000.

**EL MEDIO ELECTRÓNICO, POR EL CUAL SE PUEDA ENVIAR LA FIANZA A "LA CONTRATANTE" Y A "LA BENEFICIARIA":** LITA.CARRERA@IMSS.GOB.MX Y MIGUEL.JAHEN@IMSS.GOB.MX.

**FIADO (S):** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

**NOMBRE O DENOMINACIÓN SOCIAL:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

**RFC:** HMO950626QK7.

**DOMICILIO:** CALLE JAZMÍN NO. 2, COL. CHAPULTEPEC, C.P. 62450, CUERNAVACA, MORELOS.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

### CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo normativo APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA.

LÍNEA DE VALIDACIÓN

25 ABR. 2025

"En cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 209 y 210 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica respectiva quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de junio de 2015 con el número CNSF-F0013-0125-2015".

# Insurgentes

**ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.**  
RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

**Fianza Número:**  
**Código de Seguridad:**  
**Folio:**  
**Monto de la fianza:**  
**Monto de este movimiento:**

\$14,352.58  
\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

**Lugar y Fecha de Expedición:** Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

**Moneda:** MXN

**Movimiento:** Emisión

**Vigencia:** De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

**Fiado:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## DATOS DE LA PÓLIZA:

**NÚMERO:** 11191-00009-4.

**MONTO AFIANZADO:** \$14,352.58 (CATORCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 58/100 M.N.), SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.

**MONEDA:** M.N.

**FECHA DE EXPEDICIÓN:** 22 DE ABRIL DE 2025.

**OBLIGACIÓN GARANTIZADA:** EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA PRIMERA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA.

**NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES:** INDIVISIBLE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

SI ES DIVISIBLE APLICARÁ EL SIGUIENTE TEXTO: LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA SERÁ DIVISIBLE, POR LO QUE, EN CASO DE PRESENTARSE ALGÚN INCUMPLIMIENTO, SE HARÁ EFECTIVA SOLO EN LA PROPORCIÓN CORRESPONDIENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL.

SI ES INDIVISIBLE APLICARÁ EL SIGUIENTE TEXTO: LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA SERÁ INDIVISIBLE Y EN CASO DE PRESENTARSE ALGÚN INCUMPLIMIENTO SE HARÁ EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS.

**DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":**

**NÚMERO ASIGNADO POR "LA CONTRATANTE":** CONTRATO 050GYR007N16125-010-00 REGISTRO SAI S5M0093.

**OBJETO:** SERVICIO MÉDICO SUBROGADO DE ELECTROENCEFALOGRAMAS ZONA ZACATEPEC (PARTIDA 17).

**MONTO DEL CONTRATO:** \$143,525.86 (CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS 86/100 M.N.) SIN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

## CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

## LÍNEA DE VALIDACIÓN

E/R XXIV-IV-MMXXV V.1

[www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

Página: 2 de 9

SE ELIMINA NOMBRE, FIRMA, FIRMA DIGITAL, FIANZA NUMERO, CODIGO DE SEGURIDAD, FOLIO POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.  
D.O.F. 20-marzo-2025



# Insurgentes

ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.  
RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

Fianza Número:  
Código de Seguridad:  
Folio:  
Monto de la fianza:  
Monto de este movimiento:

\$14,352.58  
\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

Movimiento: Emisión

Fiado: HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Moneda: MXN

Vigencia: De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MONEDA: M.N.

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 22 DE ABRIL DE 2025.

TIPO: SERVICIOS

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL PARA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO: INDIVISIBLE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.

PROCEDIMIENTO AL QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA HACERLA EFECTIVA: EL PREVISTO EN EL ARTÍCULO 279 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

COMPETENCIA Y JURISDICCIÓN: PARA TODO LO RELACIONADO CON LA PRESENTE PÓLIZA, EL FIADO, EL FIADOR Y CUALESQUIER OTRO OBLIGADO, ASÍ COMO "LA BENEFICIARIA", SE SOMETERÁN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES FEDERALES DE LA CIUDAD DE CUERNAVA, MORELOS, RENUNCIANDO AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE EN RAZÓN DE SU DOMICILIO O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

LA PRESENTE FIANZA SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 48, FRACCIÓN II Y ÚLTIMO PÁRRAFO, Y ARTÍCULO 49, FRACCIÓN II, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y 103 DE SU REGLAMENTO.

VALIDACIÓN DE LA FIANZA EN EL PORTAL DE INTERNET, DIRECCIÓN ELECTRÓNICA WWW.AMIG.ORG.MX

HUMBERTO CALDERON BARRERA

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

### CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 30 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

LÍNEA DE VALIDACIÓN

E/R XXIV-IV-MMXXV.V.1

[www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

SE ELIMINA NOMBRE, FIRMA, FIRMA DIGITAL, FIANZA NUMERO, CODIGO DE SEGURIDAD, FOLIO POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.  
D.O.F. 20-marzo-2025

Página: 3 de 9

# Insurgentes

**ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.**

RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

**Fianza Número:**  
**Código de Seguridad:**  
**Folio:**

**Monto de la fianza:** \$14,352.58  
**Monto de este movimiento:** \$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

**Lugar y Fecha de Expedición:** Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

**Moneda:** MXN

**Movimiento:** Emisión

**Vigencia:** De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

**Fiado:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESTA PÓLIZA DE FIANZA GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL "CONTRATO" A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA Y EN SUS CONVENIOS MODIFICATORIOS QUE SE HAYAN REALIZADO O A LOS ANEXOS DEL MISMO, CUANDO NO REBASEN EL PORCENTAJE DE AMPLIACIÓN INDICADO EN LA CLÁUSULA SIGUIENTE, AÚN Y CUANDO PARTE DE LAS OBLIGACIONES SE SUBCONTRATEN.

### SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA"), SE COMPROMETE A PAGAR A LA BENEFICIARIA, HASTA EL MONTO DE ESTA PÓLIZA, QUE ES \$14,352.58 (CATORCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 58/100 M.N.), SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO QUE REPRESENTA EL 10 % (DIEZ POR CIENTO) DEL VALOR DEL "CONTRATO".

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") RECONOCE QUE EL MONTO GARANTIZADO POR LA FIANZA DE CUMPLIMIENTO SE PUEDE MODIFICAR EN EL CASO DE QUE SE FORMALICE UNO O VARIOS CONVENIOS MODIFICATORIOS DE AMPLIACIÓN DEL MONTO DEL "CONTRATO" INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO NO SE REBASE EL 10% DE DICHO MONTO. PREVIA NOTIFICACIÓN DEL FIADO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") EMITIRÁ EL DOCUMENTO MODIFICATORIO CORRESPONDIENTE O ENDOSO PARA EL SOLO EFECTO DE HACER CONSTAR LA REFERIDA AMPLIACIÓN, SIN QUE SE ENTIENDA QUE LA OBLIGACIÓN SEA NOVADA.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL PORCENTAJE DE AUMENTO AL "CONTRATO" EN MONTO FUERA SUPERIOR A LOS INDICADOS, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") SE RESERVA EL DERECHO DE EMITIR LOS ENDOSOS SUBSECUENTES, POR LA DIFERENCIA ENTRE AMBOS MONTOS SIN EMBARGO, PREVIA SOLICITUD DEL FIADO, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") PODRÁ GARANTIZAR DICHA DIFERENCIA Y EMITIRÁ EL DOCUMENTO MODIFICATORIO CORRESPONDIENTE.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EN CASO DE REQUERIMIENTO, SE COMPROMETE A PAGAR EL MONTO TOTAL AFIANZADO, SIEMPRE Y CUANDO EN EL CONTRATO SE HAYA ESTIPULADO QUE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA ES INDIVISIBLE; DE ESTIPULARSE QUE ES DIVISIBLE, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") PAGARÁ DE FORMA PROPORCIONAL EL MONTO DE LA O LAS OBLIGACIONES INCUMPLIDAS.

### TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

### CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

### LÍNEA DE VALIDACIÓN

E/R XXIV-IV-MMXXV V.1

[www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

Página: 4 de 9

SE ELIMINA NOMBRE, FIRMA, FIRMA DIGITAL, FIANZA NUMERO, CODIGO DE SEGURIDAD, FOLIO POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025



# Insurgentes

ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.  
RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

Fianza Número:  
Código de Seguridad:  
Folio:  
Monto de la fianza:  
Monto de este movimiento:

\$14,352.58  
\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

Movimiento: Emisión

Fiado: HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Moneda: MXN

Vigencia: De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA"), SE OBLIGA A PAGAR LA INDEMNIZACIÓN POR MORA QUE EN SU CASO PROCEDA DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

### CUARTA. - VIGENCIA.

LA FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE HASTA QUE SE DÉ CUMPLIMIENTO A LA O LAS OBLIGACIONES QUE GARANTICE EN LOS TÉRMINOS DEL "CONTRATO" Y CONTINUARÁ VIGENTE EN CASO DE QUE "LA CONTRATANTE" OTORQUE PRÓRROGA O ESPERA AL CUMPLIMIENTO DEL "CONTRATO", EN LOS TÉRMINOS DE LA SIGUIENTE CLÁUSULA.

ASIMISMO, ESTA FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES, ARBITRAJES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN CON ORIGEN EN LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA HASTA QUE SE PRONUNCIE RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE AUTORIDAD O TRIBUNAL COMPETENTE QUE HAYA CAUSADO EJECUTORIA.

DE ESTA FORMA LA VIGENCIA DE LA FIANZA NO PODRÁ ACOTARSE EN RAZÓN DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA CUMPLIR LA O LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

### QUINTA. - PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.

EN CASO DE QUE SE PRORROGUE EL PLAZO ORIGINALMENTE SEÑALADO O CONCEDER ESPERAS O CONVENIOS DE AMPLIACIÓN DE PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO Y SUS ANEXOS, EL FIADO DARÁ AVISO A (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA"), LA CUAL DEBERÁ EMITIR LOS DOCUMENTOS MODIFICATORIOS O ENDOSOS CORRESPONDIENTES.

(LA "AFIANZADORA O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE GARANTIZAR LA OBLIGACIÓN A QUE ESTA PÓLIZA SE REFIERE, AÚN EN EL CASO DE QUE SE OTORQUE PRÓRROGA, ESPERA O AMPLIACIÓN AL FIADO POR PARTE DE LA "CONTRATANTE" PARA EL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES QUE SE GARANTIZAN, POR LO QUE NO SE ACTUALIZA EL SUPUESTO DE EXTINCIÓN DE FIANZA PREVISTO EN EL ARTÍCULO 179 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, SIN QUE SE ENTIENDA NOVADA LA OBLIGACIÓN.

### SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

### CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

LÍNEA DE VALIDACIÓN

# Insurgentes

**ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.**

RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

**Fianza Número:**  
**Código de Seguridad:**  
**Folio:**

**Monto de la fianza:** \$14,352.58  
**Monto de este movimiento:** \$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

**Lugar y Fecha de Expedición:** Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

**Moneda:** MXN

**Movimiento:** Emisión

**Vigencia:** De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

**Fiado:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

(SÓLO INCLUIR PARA EL CASO DE PÓLIZA EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS)

PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL "CONTRATO", CUANDO CONCURRAN LOS SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SU REGLAMENTO Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES, "LA CONTRATANTE" DEBERÁ EMITIR EL O LAS ACTAS CIRCUNSTANCIADAS Y, EN SU CASO, LAS CONSTANCIAS A QUE HAYA LUGAR. EN ESTOS SUPUESTOS, A PETICIÓN DEL FIADO, (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") OTORGARÁ EL O LOS ENDOSOS CONDUCENTES, CONFORME A LO ESTATUIDO EN EL ARTÍCULO 166 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, PARA LO CUAL BASTARÁ QUE EL FIADO EXHIBA A (LA "AFIANZADORA O A LA ASEGURADORA") DICHOS DOCUMENTOS EXPEDIDOS POR "LA CONTRATANTE".

EL APLAZAMIENTO DERIVADO DE LA INTERPOSICIÓN DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS Y MEDIOS DE DEFENSA LEGALES, NO MODIFICA O ALTERA EL PLAZO DE EJECUCIÓN INICIALMENTE PACTADO, POR LO QUE SUBSISTIRÁN INALTERADOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ORIGINALMENTE PREVISTOS, ENTENDIENDO QUE LOS ENDOSOS QUE EMITA (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") POR CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS REFERIDOS, FORMARÁN PARTE EN SU CONJUNTO, SOLIDARIA E INSEPARABLE DE LA PÓLIZA INICIAL.

### SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") REALIZARÁ EL PAGO DE LA CANTIDAD RECLAMADA, BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA DE FIANZA, Y, EN SU CASO, LA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, AUN CUANDO LA OBLIGACIÓN SE ENCUENTRE SUBJÚDICE, EN VIRTUD DE PROCEDIMIENTO ANTE AUTORIDAD JUDICIAL, ADMINISTRATIVA O TRIBUNAL ARBITRAL, SALVO QUE EL FIADO OBTENGA LA SUSPENSIÓN DE SU EJECUCIÓN, ANTE DICHAS INSTANCIAS.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") DEBERÁ COMUNICAR A "LA BENEFICIARIA" DE LA GARANTÍA, EL OTORGAMIENTO DE LA SUSPENSIÓN AL FIADO, ACOMPAÑÁNDOLE LAS CONSTANCIAS RESPECTIVAS QUE ASÍ LO ACREDITEN, A FIN DE QUE SE ENCUENTRE EN LA POSIBILIDAD DE ABSTENERSE DEL COBRO DE LA FIANZA HASTA EN TANTO SE DICTE SENTENCIA FIRME.

### OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

LÍNEA DE VALIDACIÓN

E/R XXIV-IV-MMXXV V.1

[www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

SE ELIMINA NOMBRE, FIRMA, FIRMA DIGITAL, FIANZA NUMERO, CODIGO DE SEGURIDAD, FOLIO POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025



# Insurgentes

**ASEGURADORA INSURGENTES**  
S.A. DE C.V.  
RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlalpan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

**Fianza Número:**  
**Código de Seguridad:**  
**Folio:**  
**Monto de la fianza:**  
**Monto de este movimiento:**

\$14,352.58  
\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

**Lugar y Fecha de Expedición:** Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

**Movimiento:** Emisión

**Fiado:** HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

**Moneda:** MXN

**Vigencia:** De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EL COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS, NO IMPLICARÁ NOVACIÓN DE LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS POR (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") POR LO QUE SUBSISTIRÁ SU RESPONSABILIDAD EXCLUSIVAMENTE EN LA MEDIDA Y CONDICIONES EN QUE LA ASUMIÓ EN LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA Y EN SUS DOCUMENTOS MODIFICATORIOS.

### NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

(SÓLO INCLUIR PARA EL CASO DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS)

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN FIADORA SIEMPRE Y CUANDO "LA CONTRATANTE" LE COMUNIQUE POR ESCRITO, POR CONDUCTO DEL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO PARA ELLO, SU CONFORMIDAD PARA CANCELAR LA PRESENTE GARANTÍA.

EL FIADO PODRÁ SOLICITAR LA CANCELACIÓN DE LA FIANZA PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR A (LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. CUANDO EL FIADO SOLICITE DICHA CANCELACIÓN DERIVADO DEL PAGO REALIZADO POR SALDOS A SU CARGO O POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES, DEBERÁ PRESENTAR EL RECIBO DE PAGO CORRESPONDIENTE.

ESTA FIANZA SE CANCELARÁ CUANDO HABIÉNDOSE CUMPLIDO LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL "CONTRATO", "LA CONTRATANTE" HAYA CALIFICADO O REVISADO Y ACEPTADO LA GARANTÍA EXHIBIDA POR EL FIADO PARA RESPONDER POR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES ENTREGADOS Y POR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS MISMOS O POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL FIADO, RESPECTO DEL "CONTRATO" ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS RESPECTIVOS CONVENIOS MODIFICATORIOS.

### DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.

(LA "AFIANZADORA" O LA "ASEGURADORA") ACEPTA EXPRESAMENTE SOMETERSE AL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 279 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA HACER EFECTIVA LA FIANZA.

### DÉCIMA PRIMERA. -RECLAMACIÓN

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

#### CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

LÍNEA DE VALIDACIÓN

# Insurgentes

ASEGURADORA INSURGENTES  
S.A. DE C.V.

RFC: AIS970115HG4  
Avenida Periférico Sur Número 4829,  
Interior Piso 8  
Col. Parque del Pedregal  
México 14010, Alcaldía Tlaipan, Ciudad  
de México  
Teléfono: (55) 5447-3900

Fianza Número:

Código de Seguridad:

Folio:

Monto de la fianza:

Monto de este movimiento:

\$14,352.58

\$14,352.58

## PÓLIZA DE FIANZA

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, 22 de Abril de 2025

Movimiento: Emisión

Fiado: HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Moneda: MXN

Vigencia: De conformidad con el texto de la póliza de fianza.

Aseguradora INSURGENTES S.A. DE C.V., en uso de la autorización que le fue otorgada por el Gobierno Federal por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos de los Artículos 11° y 36° de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye fiadora:

A Favor de INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"LA BENEFICIARIA" PODRÁ PRESENTAR LA RECLAMACIÓN A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 279, DE LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS EN CUALQUIER OFICINA, O SUCURSAL DE LA INSTITUCIÓN Y ANTE CUALQUIER APODERADO O REPRESENTANTE DE LA MISMA.

DÉCIMA SEGUNDA. - DISPOSICIONES APLICABLES.

SERÁ APLICABLE A ESTA PÓLIZA, EN LO NO PREVISTO POR LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS LA LEGISLACIÓN MERCANTIL Y A FALTA DE DISPOSICIÓN EXPRESA EL CÓDIGO CIVIL FEDERAL.

=FIN DE TEXTO=

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESA A [www.afianzadora.com.mx](http://www.afianzadora.com.mx)

CLAUSULAS IMPORTANTES AL FINAL DE ESTA PÓLIZA

Esta fianza es nula para garantizar operaciones de crédito aun cuando el texto de la misma diga lo contrario. De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas LA ASEGURADORA podrá usar equipos y medios electrónicos, y el uso de los medios de identificación en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y tendrán el mismo valor probatorio. Con la aceptación de esta póliza, el beneficiario manifiesta expresamente su consentimiento para que ASEGURADORA INSURGENTES, S.A. DE C.V., emita las fianzas y los documentos modificatorios a su favor, indistintamente en forma escrita o a través de medios electrónicos. Esta fianza es la impresión de un documento digital el cual ha sido emitido de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio respecto a la Firma Electrónica Avanzada. Con la aceptación de esta póliza y con el fin de establecer que la fianza electrónica proviene de LA ASEGURADORA, se acuerda en los términos del artículo 90 bis del Código de Comercio, como procedimiento de identificación y validación de la misma, la obtención del certificado de autenticidad disponible en la página de Internet [www.afianzadora.mx](http://www.afianzadora.mx), para todos los efectos legales. Forma parte de esta póliza el anexo: "NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA".

LÍNEA DE VALIDACIÓN

Firma  
Digital



# Insurgentes

## NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PÓLIZA DE FIANZA

- 1.- En toda póliza otorgada por la ASEGURADORA, sus derechos y obligaciones se encuentran regulados por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en adelante (LISF), en lo no previsto por la LISF, se aplicará la legislación mercantil y a falta de disposición expresa, el Código Civil Federal. (Art. 183 LISF); la póliza será numerada al igual que sus endosos debiendo contener, en su caso, indicaciones que administrativamente fijen la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en adelante SHCP y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en adelante CNSF (Art. 166 LISF).
- 2.- En caso de PERDIDA O EXTRAVÍO DE LA PÓLIZA DE FIANZA al ejercitar su derecho de reclamación de la fianza, deberá comprobar por escrito que la póliza fue otorgada, solicitando a la ASEGURADORA un duplicado de la póliza emitida a su favor. (Art. 166 LISF).
- 3.- Se PRESUME LA EXTINCIÓN de obligación como fiador cuando se hace la devolución de una póliza a la ASEGURADORA, salvo prueba en contrario. (Art. 166 LISF).
- 4.- Las fianzas y los contratos, que en relación a la póliza de fianza se otorguen o se celebren; serán mercantiles para todas las partes que intervengan, ya sea como BENEFICIARIAS, SOLICITANTES, FIADAS, CONTRAFIADORAS u OBLIGADAS SOLIDARIAS, salvo de la garantía hipotecaria. (Art. 32 LISF).
- 5.- La fianza suscrita en este folio será nula y sin efectos legales, si se garantizan operaciones de crédito, aun cuando en el texto de la misma se señale lo contrario, esta póliza no garantiza el pago de títulos de crédito, como letras de cambio y pagarés, ni el pago de préstamos que deban solventarse en dinero. Esta fianza no surtirá efectos, si se garantizan préstamos de dinero, mutuos, financiamientos en numerario o en especie, reestructuras de adeudos, renegociación de pasivos y cualquier otra operación no autorizada por la SHCP.
- 6.- La ASEGURADORA no goza de los beneficios de orden y excusión y deberá ser requerida en los términos que establece la LISF. (Art. 178 LISF).
- 7.- La obligación de la ASEGURADORA se extinguirá en los siguientes casos: 7.1 Si el BENEFICIARIO concede al FIADO, prórroga o espera para el cumplimiento de la obligación afianzada sin el consentimiento previo y por escrito de la ASEGURADORA (Art. 179 LISF). 7.2 La novación de la obligación principal afianzada extinguirá la fianza, si la ASEGURADORA no da su consentimiento previo y por escrito para esa novación y para garantizar con la fianza la obligación novatoria (Arts. 2220 y 2221 del Código Civil Federal en adelante CCF). 7.3 La quita o pago parcial de la obligación afianzada reduce la fianza en la misma proporción y la extingue si por esa causa la obligación principal afianzada queda sujeta a nuevos gravámenes o condiciones (Art. 2847 del CCF). La ASEGURADORA tendrá derecho, a oponer todas las excepciones que le sean inherentes a la obligación principal, incluyendo todas las causas de liberación de la fianza. 7.4 Si en la póliza de fianza no se establece plazo de caducidad se estará a lo señalado en el Art. 174 LISF y, caducará el derecho del beneficiario, para reclamar si la fianza no se reclama dentro del plazo señalado para tal efecto. 7.5 Prescribirá la obligación de la ASEGURADORA una vez transcurrido el plazo para que prescriba la obligación principal garantizada o el de 3 años, lo que resulte menor (Art. 175 LISF), para interrumpir la prescripción deberá requerirse por escrito a la ASEGURADORA, en los términos del Art. 175 LISF.
- 8.- Para reclamar la fianza: 8.1 Presentar la reclamación directamente y por escrito, en el domicilio de la ASEGURADORA, en alguna de sus sucursales u oficinas de servicios, con la firma del BENEFICIARIO o de su APODERADO o REPRESENTANTE, acreditando la personalidad con que se ostenta y señalando: fecha de reclamación, número de póliza de fianza relacionada con la reclamación que se formula, fecha de expedición de la fianza, monto de la fianza, nombre o denominación del FIADO, nombre o denominación del BENEFICIARIO y en su caso, de su Representante Legal debidamente acreditado, domicilio del BENEFICIARIO para oír y recibir notificaciones, descripción de la obligación garantizada, acompañando copia de la documentación en la que se basó la expedición de la fianza, referencia del contrato o documento fuente (fecha, número, etc.). Descripción del incumplimiento de la obligación garantizada que motiva la presentación de la reclamación debiendo acompañar la documentación que sirva como soporte para comprobar lo declarado y el importe reclamado como suerte principal, que nunca podrá ser superior al monto de la fianza. (Circular Única de Seguros y Fianzas en adelante CUSF, Disposición 4.2.8, Frac. VIII y Art. 279 primer párrafo Frac. I LISF). 8.2 Si la fianza garantiza obligaciones fiscales federales se apegará al Art. 143, del Código Fiscal de la Federación. 8.3 Las fianzas expedidas ante la Federación, Ciudad de México, Estados o Municipios se harán efectiva a elección del BENEFICIARIO, de acuerdo con el procedimiento señalado en los Arts. 279 o 282 LISF y en su reglamento. 8.4 Fianzas otorgadas ante autoridades judiciales, no penales, se harán efectivas, a elección del BENEFICIARIO, conforme procedimiento de los Arts. 279 y 280 LISF o por la vía de incidente en el juicio en que se hubieran otorgado. (Código Federal de Procedimientos Civiles, Art. 281 LISF). 8.5 Las Fianzas Judiciales Penales otorgadas ante autoridades judiciales del orden penal, se harán efectivas conforme al Art. 282 LISF. Para la presentación del FIADO, se le requerirá personalmente o por correo certificado, con acuse de recibo a la ASEGURADORA en sus oficinas principales o en el domicilio del Apoderado designado para ello, procediendo la aplicación del Art. 291 LISF, en caso de la no presentación del FIADO en el plazo concedido. 8.6 Cuando la ASEGURADORA reciba la reclamación de la fianza, podrá hacerlo del conocimiento del FIADO, SOLICITANTE, OBLIGADO SOLIDARIO o CONTRAFIADOR, haciéndoles saber el momento en que se vence el plazo establecido en la ley, en las pólizas de fianza o en los procedimientos convencionales celebrados con los BENEFICIARIOS, con la finalidad de que presenten oportunamente los elementos y documentación necesaria para informarse en contra de la reclamación, y que expresen lo que a su derecho convenga. De igual forma, puede denunciar a dichos deudores juicio que en su contra promoviere el BENEFICIARIO para que aporte pruebas en contra de la reclamación de la fianza y quede a las resultas del juicio, si se condenare a la ASEGURADORA al pago (Art. 289 LISF y 2823 del CCF). 8.7 Una vez integrada la reclamación en los términos de los Arts. 279 o 282 LISF, la ASEGURADORA tendrá un plazo hasta de 30 días naturales, contados a partir de la fecha en que fue integrada la reclamación para proceder a su pago, o en su caso, para comunicar por escrito al BENEFICIARIO, las razones, causas o motivos de su improcedencia. 8.8 Si la ASEGURADORA no recibe los elementos y documentos citados en el punto 8.6, ésta podrá libremente decidir el pago de la reclamación, estando el FIADO, SOLICITANTE, OBLIGADO SOLIDARIO o CONTRAFIADOR obligado a reembolsar a la ASEGURADORA lo que a ésta le corresponda, sin que pueda oponer a la ASEGURADORA las excepciones que el FIADO tuviera frente a su acreedor, incluyendo la de pago de lo indebido, por lo que no serán aplicables en ningún caso los Arts. 2832 y 2833 del CCF (Art. 289 LISF). Sin embargo, el FIADO conservará sus derechos, acciones y excepciones frente a su acreedor para demandar la improcedencia del pago hecho por la ASEGURADORA. La ASEGURADORA, al ser requerida o demandada podrá denunciar el pleito al deudor principal para que aporte pruebas en contra de la reclamación de la fianza y quede a las resultas del juicio, para el caso de que se llegare a condenar a la ASEGURADORA al pago (Art. 289 LISF y 2823 del CCF).
- 9.- En caso de que la ASEGURADORA rechazare la reclamación o no diera contestación en los plazos establecidos por la ley, el BENEFICIARIO podrá elegir, en la reclamación de su pago, el procedimiento señalado en el Art. 280 LISF o el 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- 10.- OTRAS DISPOSICIONES.- Existe obligación de las oficinas y autoridades dependientes de la

Federación, Ciudad de México, de los Estados o Municipios de proporcionar a la ASEGURADORA los datos sobre la situación del asunto, ya sea judicial, administrativo o de cualquier otra naturaleza, para el que se haya otorgado la fianza. 10.1 La ASEGURADORA se considera de acreditada solvencia Art. 16 párrafo primero LISF y Art. 18 primer párrafo LISF. 10.2 Si la ASEGURADORA no cumple con la obligación garantizada en la póliza dentro de los plazos legales para su cumplimiento, deberá cubrir al acreedor indemnización por mora conforme al Art. 283 LISF. 10.3 Ninguna autoridad podrá fijar mayor importe para las fianzas que otorguen las AFIANZADORAS Y ASEGURADORAS, que el señalado para depósitos en efectivo u otras formas de garantía. La infracción de este precepto será causa de responsabilidad (Art. 18 LISF). Si las obligaciones garantizadas son de hacer o de dar, la ASEGURADORA podrá sustituirse al deudor principal en el cumplimiento de la obligación. En las fianzas en que se garantice el pago de una suma de dinero en parcialidades, la falta de pago de alguna de las parcialidades no da derecho a reclamar la fianza por la totalidad. (Art. 176 LISF). 10.4 El pago de la fianza al BENEFICIARIO, subroga a la ASEGURADORA, por ministerio de ley, en todos los derechos, acciones y privilegios que a favor del acreedor se deriven de la naturaleza de la obligación garantizada. La ASEGURADORA podrá liberarse total o parcialmente de sus obligaciones si por causas imputables al BENEFICIARIO de la póliza de fianza, el pago es impedido o le resulta imposible la subrogación. (Art. 177 LISF y 2830 y 2845 del CCF).

11.- FIANZA EN MONEDA EXTRANJERA.- Para el caso de fianzas en moneda extranjera, la ASEGURADORA, el BENEFICIARIO, el FIADO y sus OBLIGADOS SOLIDARIOS se someten al Art. 173 LISF y Capítulo 19.2 CUSF. Únicamente se podrán autorizar este tipo de operaciones, cuando se relacionen con el cumplimiento de obligaciones exigibles fuera del país, o que por la naturaleza de dichas obligaciones se justifique que su pago se convenga en moneda extranjera.

RECLAMACION.- Que el pago de la reclamación procedente por fianza expedida en moneda extranjera y que deba realizarse en el extranjero, se efectuará por conducto de instituciones de crédito mexicanas o filiales de estas, a través de sus oficinas del exterior, en el país donde debió cumplirse la obligación afianzada y en la moneda que se haya establecido en la póliza (Disposición 19.2.3, fracción I CUSF).

PRIMAS.- Las primas relacionadas con la expedición de fianzas en moneda extranjera, se cubrirán a la ASEGURADORA en la misma moneda de expedición de la póliza, conforme al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación. (Disposición 19.2.3, fracción I CUSF).

CONTROVERSIAS.- Que para conocer y resolver de las controversias derivadas de las fianzas a que se refiere la presente, serán competentes las autoridades mexicanas, en los términos LISF, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y otras disposiciones legales aplicables, sin perjuicio de que en los casos de fianzas en que el cumplimiento de la obligación garantizada surta sus efectos fuera del territorio nacional, se apliquen las normas correspondientes y los usos y costumbres internacionales (Disposición 19.2.3, fracción III CUSF).

12.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.- EL(LOS) SOLICITANTE(S) Y/O FIADO(S) Y/O EL(LOS) OBLIGADO(S) SOLIDARIO(S), y cualesquiera otros cobligados, en su caso, así como tratándose de BENEFICIARIOS PARTICULARES, para efectos de interpretación, cumplimiento y ejecución de esta póliza, se someten de forma expresa a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales o del fuero común de la Ciudad de México, y/o Guadalajara, Jalisco y/o Monterrey, Nuevo León y/o Puebla, Puebla, a elección de la parte actora, renunciando de forma expresa e irrevocable a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles, en el presente o futuro por concepto de su domicilio o vecindad; aplicándose en todo caso la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y su legislación supletoria. Las fianzas otorgadas a favor de la Federación, Ciudad de México, Estados y Municipios, se harán efectivas en los términos del Art. 282 de LISF.

13.- USO DE EQUIPOS, MEDIOS ELECTRÓNICOS, ÓPTICOS O DE CUALQUIER OTRA TECNOLOGÍA.- De conformidad con lo previsto en los Artículos 165 y 214 LISF las partes pactan que LA COMPAÑÍA ASEGURADORA podrá usar equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología en la celebración de sus operaciones y prestación de servicios, incluyendo la expedición electrónica o digital de sus pólizas de fianza, así como de sus documentos modificatorios, por lo que el uso de la firma digital, resultado de utilizar la Firma Electrónica sobre una fianza electrónica sustituye a la firma autógrafa y producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes con el mismo valor probatorio; por tal motivo EL(LOS) SOLICITANTE(S) Y/O FIADO(S) Y/O OBLIGADO(S) SOLIDARIO(S) expresa(n) su consentimiento para que LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, emita las fianzas y los documentos modificatorios, en forma escrita o a través de medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología válida y no podrán objetar el uso de estos medios u oponerse a los mismos, por lo que en la interpretación y cumplimiento de este contrato se sujetan a lo dispuesto por el Título Segundo, Del Comercio Electrónico, Libro Segundo del Código de Comercio Vigente artículos 89 al 114 empleo de medios electrónicos en la celebración de actos de comercio, pactando al efecto:

I.- Que a través de estos medios se podrán emitir los recibos de cobro de primas, notas de crédito, emisión de pólizas de fianza, endosos y documentos modificatorios que sean solicitados a LA ASEGURADORA, así como, cualquier otro derivado de la prestación del servicio contratado, documentos electrónicos que podrán imprimirse en papel pero será la versión electrónica la que prevalezca si eventualmente existiera alguna diferencia entre ambas.

II.- Con el fin de establecer que la fianza electrónica fue generada por LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, en términos del Artículo 90 Bis del Código de Comercio, las Partes pactan como Medio de Identificación del Usuario y Responsabilidades correspondientes a su uso, la validación de la póliza de fianza, a través de la Constancia de Consulta disponible en el Portal de Internet [www.afianzadoras.com.mx](http://www.afianzadoras.com.mx) para fianzas emitidas por la COMPAÑÍA ASEGURADORA. Los firmantes declaran conocer el contenido y alcance de las disposiciones legales y reglamentarias relativas a la celebración de actos jurídicos, mediante el uso de medios electrónicos o de cualquier otra tecnología, por lo que están dispuestos a operar a través de los mismos, ya que no les son ajenos.

III.- La Creación, Transmisión, Modificación y Extinción de derechos y obligaciones derivados de las pólizas de fianza electrónicas se soporta mediante una Firma Electrónica generada usando certificados digitales en términos del Título Segundo, del Comercio Electrónico, Capítulo I, Delos Mensajes de Datos, Artículos 89 al 99 y demás relativos y aplicables del Código de Comercio, lo cual garantiza frente a terceros la identidad, autenticidad e integridad de las operaciones y servicios prestados a EL(LOS) SOLICITANTE(S) Y/O FIADO(S) Y/O OBLIGADO(S) SOLIDARIO(S). De igual forma, los firmantes de este instrumento podrá(n) pactar los medios electrónicos idóneos para la transmisión y extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios señalados en la Fracción I de esta cláusula. Asimismo, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA podrá solicitar y recibir documentación e información de los firmantes mediante medios electrónicos siempre y cuando EL(LOS) SOLICITANTE(S) Y/O FIADO(S) Y/O EL(LOS) OBLIGADO(S) SOLIDARIO(S) garantice(n) a satisfacción de la receptora los medios de creación, transmisión y modificación de dicha documentación y que le permitan asegurar la identidad, autenticidad e integridad de la documentación electrónica generada y transmitida.





# Insurgentes

---

Aseguradora Insurgentes S.A. DE C.V. hace constar que el día 25 de Abril del 2025 fue consultado en su página Web, el movimiento de fianza que se describe: La fianza mencionada fue emitida en los términos de la normatividad vigente y que se encuentra debidamente registrada en nuestro sistema

Número de Fianza/Inclusión: [REDACTED]

Tipo de Movimiento: Nueva

Fiado: HOSPITAL MORELOS, S. A. DE C. V.

Beneficiario (s): INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Moneda: MXN

Monto de este movimiento: \$14,352.58

Monto actual de la fianza: \$14,352.58

Ramo / Tipo: Administrativas / Cumplimiento

Fecha de expedición: 22/04/2025

Folio Consulta de este movimiento: [REDACTED]

Versión para Imprimir: [Versión para imprimir](#)

SE ELIMINA numero de fianza, folio de consulta POR SER UN DATO CONFIDENCIAL, CUYA DIFUSIÓN VULNERA SU ESFERA JURÍDICA CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 115 Y 120 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 20-marzo-2025

