



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

CIUDAD MEXICO, A 08 DE MAYO DE 2026

**UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4**

**"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

**DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO**

**OFICINA DE ADQUISICIONES**

REF 096

### **"PETICIÓN DE OFERTAS"**

**AA-50-GYR-050GYR036-N-18- 26**

**SDI-50-GYR-050GYR036-N-16- 26**

### **"ADQUISICIÓN DE PAPELERÍA DEL GRUPO DE SUMINISTRO 311"**

#### **PROVEEDURÍA**

En atención al oficio No. 38 fechado 24 de febrero de 2017 signado de forma mancomunada por la Dirección General, Direcciones Normativas y el Órgano Interno de Control en el IMSS, mediante el cual implementa la estrategia denominada **ESTRATEGIAS POR LA TRANSPARENCIA EN ADQUISICIONES A NIVEL UMAEs**, referente al punto 2 TRANSPARENCIA en su inciso f) el Instituto Mexicano del Seguro Social, como entidad del Gobierno Federal, tiene sus actividades de suministro, arrendamientos y servicios, reguladas entre otras disposiciones por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento.

En este sentido y en términos de lo previsto en el artículo 5 fracción I, 39 Fracción I y 55 primer párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 46, 47 de su Reglamento, razón de lo anterior y con el objeto de identificar:

- a) La existencia bienes, arrendamientos o servicios en las condiciones solicitadas por la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4, "Luis Castelazo Ayala", a través de la Oficina de Adquisiciones,
- b) Proveedores a nivel nacional o internacional, y;
- c) El precio estimado; nos permitimos solicitar su valioso apoyo a la proveeduría en general a efecto de proporcionarnos una cotización de los bienes y/o servicios y/o arrendamientos descritos en el documento anexo (ESPECIFICACIONES TECNICAS).

**Cabe señalar que la entrega de la propuesta Técnica Económica deberá presentar a Través de compras MX de Forma Electrónica en la página <http://upcp-compranet.hacienda.gob.mx> la cual será el 18 de mayo del 2026, a las 09:00 hrs.**

**La Fecha de la asignación correspondiente, será el: 19 de mayo del 2026, a las 12:00 hrs. la cual se dará a conocer a través del portal de compras MX conforme al resultado del análisis de sus propuestas técnicas-económicas presentadas.**



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

### PARA FORMULAR SU COTIZACIÓN,

#### SE DEBERA CONSIDERAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- Las especificaciones técnicas de los bienes cotizados (que se anexan al presente).
- Indicar en su cotización el Origen de los Bienes (País de Procedencia)
- Condiciones de entrega:

La entrega será realizada mediante remisión de acuerdo con lo estipulado en el contrato el cual tendrá una vigencia a partir de la emisión de la asignación al 31 de diciembre de 2026.

#### ESCRITO DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS:

Con fundamento en el artículo 54 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como de conformidad con lo establecido en el artículo 60, fracción III de la Ley de Infraestructura de la Calidad, el oferente deberá garantizar que en los procesos de fabricación, almacenamiento y distribución de los bienes en que se presenta propuesta técnica, se cumple con las siguientes disposiciones, en los artículos y apartados que resultan aplicables:

**Nota:** Considerar que el pago es a los 17 días hábiles posteriores al suministro de los bienes, con la documentación completa entregada al Departamento de Finanzas de esta UMAE, conforme normatividad vigente.

**Se considerarán los siguientes:**

#### REQUISITOS:

- a) Deberá contener requisitado **Anexo número 1 (uno)**, "Acreditación del Participante", copia del **acta constitutiva y poder notarial del Representante**.
- b) Copia Simple de la Identificación Oficial del Representante Legal de la Empresa.
- c) Escrito con firma autógrafa por el propio participante o el representante legal, en el que manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90, antepenúltimo párrafo de la LAASSP.
- d) Escrito que acredite la estratificación como MIPYMES.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- e) En caso de distribuidores y/o comercializadores, deberán entregar carta del fabricante y/o distribuidor mayoritario, en papel membretado y con firma autógrafa del mismo, en el que

Manifieste respaldar la proposición que se presente, por la(s) clave(s) en la(s) que participe, indicando el Número de Evento.

- f) Escrito por el que se obliga, en caso de resultar adjudicado, a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional, conforme al de la presente Solicitud de Cotización.
- g) La propuesta **Técnica-Económica**, se deberá presentar en papel membretado con la descripción amplia y detallada de los bienes solicitados, mencionando: Número de Evento, Clave, Descripción, Marca, Procedencia, Cantidad, Precio Unitario Sin IVA, Plazo de Entrega y Vigencia de la Cotización. Lo cual se contempla en el "Requerimiento".
- h) Presentar acreditación de encontrarse al corriente de sus obligaciones fiscales, **SAT artículo 32 D**.
- i) Presentar **Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en Materia de Seguridad Social** Positiva y Vigente, esta opinión sólo pueden obtenerla los particulares que se encuentran registrados ante el Instituto y que tengan trabajadores inscritos y activos.

Las personas que no pueden obtener la opinión de cumplimiento los siguientes supuestos:

- a) No se encuentra registrado ante el Instituto, por no tener personal que sea sujeto de aseguramiento obligatorio, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 12 de la Ley del Seguro Social.
- b) Se encuentra registrado, pero no tiene trabajadores activos; o
- c) Su Registro Patronal se encuentra dado de baja.

Sin embargo, de conformidad con el procedimiento que señala para obtener la referida opinión de cumplimiento, contenido en la Regla Quinta del Anexo Único del **ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR**, el particular podrá obtener un documento emitido por este Instituto en el que se hará constar que no se puede emitir la opinión de cumplimiento y se especificará el supuesto en el que se ubicó el particular.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- a) Escrito libre en el que manifieste, bajo protesta de decir verdad, que no le es posible obtener la multicitada opinión, y justifique el motivo.
- b) El documento emitido por este Instituto en el que conste que no se puede emitir la referida opinión.
- c) En caso de que el particular manifieste que presentará sus servicios a través de trabajadores subcontratados con un tercero, dicho particular
- d) también deberá presentar la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social, positiva y vigente del tercero.
- j) Los proveedores que participen deberán anexar la **CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES Y ENTERO DE DESCUENTOS, VIGENTE Y POSITIVA** de conformidad con lo establecido en el Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, fracción I, el cual fue publicado en el Diario oficial de la Federación el 28 de junio de 2017.
- k) Es requisito indispensable que firmen electrónicamente.
- l) Conforme a lo establecido en el Artículo 49 fracción IX, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, el licitante deberá manifestar bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público o, en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés. En caso de que el LICITANTE sea persona moral, dichas manifestaciones deberán presentarse respecto a los socios o accionistas que ejerzan control sobre la sociedad. ES CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN EL NO PRESENTARLO.
- m) Los bienes serán entregados conforme se especifica en el pedido.

**Nota: La falta de cumplimiento de alguno de los requisitos de la presente Solicitud de Cotización será motivo de desechamiento de su propuesta.**

### **1.- DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTAR EL PARTICIPANTE, O EL QUE SE GENERE EN COMPRANET, RELATIVO A LA PROPOSICION TECNICA.**

#### **1.1.REQUISITOS:**

- n) Deberá contener requisitado Anexo número 1 (uno), "Acreditación del Participante", copia del acta constitutiva y/o Acta de nacimiento (Persona Física) poder notarial del Representante.
- o) Copia Simple de la Identificación Oficial del Representante Legal de la Empresa.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- p) Escrito con firma autógrafa por el propio participante o el representante legal, en el que manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90, antepenúltimo párrafo de la LAASSP.
- q) Escrito como parte integral de su propuesta debidamente requisitado el formato de carta que se encuentra en el **Anexo número 2 (dos)**.
- r) Escrito que acredite la estratificación como MIPYMES. **Anexo número 4 (cuatro)**
- s) Escrito por el que se obliga, en caso de resultar adjudicado, a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional, conforme al **Anexo Número 3 (tres)**, de la presente Solicitud de Cotización.
- t) La propuesta **Técnica-Económica**, se deberá presentar en papel membretado con la descripción amplia y detallada de los Servicios solicitados, mencionando: Número de Evento, Descripción, Marca, Procedencia, Cantidad, Precio Unitario Sin IVA, Plazo de Entrega y Vigencia de la Cotización. Lo cual se contempla en el **Anexo número 5 (cinco)**. "Requerimiento".
- u) Presentar acreditación de encontrarse al corriente de sus obligaciones fiscales, SAT artículo 32 D, "Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales", **POSITIVA Y VIGENTE**.
- v) Presentar **Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en Materia de Seguridad Social POSITIVA Y VIGENTE**, esta opinión sólo pueden obtenerla los particulares que se encuentran registrados ante el Instituto y que tengan trabajadores inscritos y activos.
- w) El proveedor y/o licitante deberá de presentar la opinión de cumplimiento a sus obligaciones fiscales en materia de aportaciones y entero provisionales (**INFONAVIT**), **VIGENTE Y POSITIVA**.

Las personas que no pueden obtener la opinión de cumplimiento los siguientes supuestos:

- d) No se encuentra registrado ante el Instituto, por no tener personal que sea sujeto de aseguramiento obligatorio, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 12 de la Ley del Seguro Social.
- e) Se encuentra registrado, pero no tiene trabajadores activos; o
- f) Su Registro Patronal se encuentra dado de baja.

Sin embargo, de conformidad con el procedimiento que señala para obtener la referida opinión de cumplimiento, contenido en la Regla Quinta del Anexo Único del **ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR**, el particular podrá obtener un documento emitido por este Instituto en el que se hará constar que no se puede emitir la opinión de cumplimiento y se especificará el supuesto en el que se ubicó el particular.

- e) Escrito libre en el que manifieste, bajo protesta de decir verdad, que no le es posible obtener la multicitada opinión, y justifique el motivo.
- f) El documento emitido por este Instituto en el que conste que no se puede emitir la referida opinión.



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- g) En caso de que el particular manifieste que presentará sus servicios a través de trabajadores subcontratados con un tercero, dicho particular **TAMBIÉN DEBERÁ PRESENTAR LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL POSITIVA Y VIGENTE** del tercero. (AMBAS ENTIDADES)
- x) Los proveedores que participen deberán anexar la **CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES Y ENTERO DE DESCUENTOS, VIGENTE Y POSITIVA** de conformidad con lo establecido en el Acuerdo del H. Consejo de Administración del Instituto del Fondo de la Vivienda para los Trabajadores por el que se emiten las reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos, fracción I, el cual fue publicado en el Diario oficial de la Federación el 28 de junio de 2026. Es requisito indispensable que firmen electrónicamente.
- y) Conforme a lo establecido en el Artículo 49 fracción IX, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, el licitante deberá manifestar en formato libre, bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público o, en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés. En caso de que el LICITANTE sea persona moral, dichas manifestaciones deberán presentarse respecto a los socios o accionistas que ejerzan control sobre la sociedad. ES CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN EL NO PRESENTARLO.
- z) El licitante deberá requisitar el **Anexo N° 6 (SEIS)**, en hoja membretada y firmada por el representante legal. ES CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN EL NO PRESENTARLO.

### 1.2 CAUSAS DE DESECHAMIENTO.

Se desecharán las proposiciones de los licitantes que incurran en uno o varios de los siguientes supuestos:

- A. Cuando se compruebe que tienen acuerdo con otros licitantes para elevar el costo de los bienes solicitados o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás licitantes.
- B. Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
- C. Cuando no cotice la totalidad de los bienes requeridos por partida.
- D. Cuando el Instituto compruebe que los licitantes han acordado entre sí, situaciones que resulten contraproducentes a los intereses institucionales
- E. Cuando el licitante no se ajuste a las características, así como a las condiciones generales planteadas en la Adjudicación, plazos y entregas en tiempo.
- F. Cuando formen parte de un mismo grupo de intereses comunes, (EMPRESAS FILIALES, ETC.), que concursen en presente procedimiento.



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**IMSS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- G. Cuando presenten los formatos que se indican en esta convocatoria, con anotaciones distintas a las solicitadas.
- H. Cuando la información resulte falsa o se detecten irregularidades en la documentación presentada.
- I. Cuando el licitante se encuentre en litigio contra el Instituto por incumplimiento de cualquier obligación contraída con éste.
- J. Cuando se acredite que el licitante no cuenta con la capacidad técnica ni económica para realizar el surtimiento motivo de esta Adjudicación.
- K. Cuando el licitante se encuentre en alguno de los supuestos indicados en el artículo 50 de la L.A.A.S.S.P.
- L. Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de LA LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
- M. Cuando oferten en moneda extranjera.
- N. De encontrarse alguna anomalía posterior a la revisión de la documentación presentada.
- O. Cuando no presente uno o más de los escritos o manifiestos solicitados con carácter de "BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD", solicitados en las presentes bases u omita la leyenda requerida.
- P. Cuando el techo presupuestal sea insuficiente para adquirir las partidas ofertadas.
- Q. Cuando los documentos que componen la propuesta tecnica-economica no sean legibles para su evaluación o se encuentren con anotaciones incompletas o que no perteneces al procedimiento.
- R. En caso de distribuidores y/o comercializadores, deberán entregar carta del fabricante y/o distribuidor mayoritario, en papel. Membretado y con firma autógrafa del mismo, en el que manifieste respaldar la proposición que se presente, por la(s) clave(s) en la(s) que participe, indicando el Número de Evento, teléfonos y dirección.
- S. En base a la actualización, realizada en CompraNet el sistema electrónico de información pública gubernamental en materia de contrataciones públicas y de uso obligado para los sujetos señalados en el Artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), ES CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN EL NO PRESENTAR el acta constitutiva para personas morales y el acta de nacimiento para personas físicas



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

### 2.- VIGENCIA, Y LUGAR Y LUGAR DE ENTREGA.

La vigencia del pedido será a partir de la notificación de la Adjudicación Directa, hasta el 31 de diciembre de 2026.

La entrega, se realizará en la Unidad Médica de Alta Especialidad Gineco 4 "Luis Castelazo Ayala", ubicada en Av. Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón C.P. 01090.

### 3.- FORMA DE PAGO

El pago es a través del Departamento de finanzas, dentro de los 17 días naturales posteriores a la entrega de la factura correspondiente y documentación comprobatoria que acredite la entrega del Producto debidamente validados, para estos efectos el proveedor debe entregar en la División de Trámite y Erogaciones del IMSS, sita en Av. Río Magdalena N° 289, Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 01090, en días y horas hábiles, quedando obligada la empresa, a entregar previamente su factura que certifique la entrega del producto a satisfacción del IMSS, en la oficina de Control del Abasto.

En caso de que la factura presente errores o deficiencias, estos se hacen saber a la empresa dentro del término estipulado para ello, y el plazo de pago se ajusta en términos del artículo 135 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y servicios del Sector Público.

El pago de la prestación del servicio queda condicionado, proporcionalmente, al pago que se deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

El pago se realiza mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico intrabancario que el IMSS tiene en operación, a menos que la empresa adjudicada acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello, para lo cual se inserta en los contratos lo siguiente, "EL PROVEEDOR" acepta que "EL INSTITUTO" le efectúe el pago a través de transferencia electrónica, para tal efecto proporcionará la cuenta número Clave del Banco Sucursal a nombre de (el proveedor)".

### 4.- PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

El IMSS aplica una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio de mantenimiento preventivo y se calcula a partir del inicio del servicio.

En todos los casos, la pena convencional es el equivalente al 1.0%, (Uno por ciento, teniendo como referencia el valor del mantenimiento preventivo de que se trate), sin considerar el I.V.A. y de acuerdo con los términos señalados en los anteriores párrafos.

Sin otro particular y en espera de su apoyo, quedo de Ustedes.

ATENTAMENTE

LIC. SANDRA HERNANDEZ GALICIA  
DIRECTORA ADMINISTRATIVA  
DE LA UMAE HOSP. DE GINECO 4.

SHG/M/UMAE





GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

### ANEXO 1 REQUERIMIENTO

| PROG | GPO | GEN | ESP  | DIF | VAR | DESCRIPCIÓN                                                | UNIDAD | CANTIDAD<br>MINIMA | CANTIDAD<br>MAXIMA |
|------|-----|-----|------|-----|-----|------------------------------------------------------------|--------|--------------------|--------------------|
| 1    | 311 | 685 | 7925 | 02  | 00  | PAPEL BOND, TAMAÑO CARTA MÁXIMO 75<br>G7M2, CON 5000 HOJAS | CJA    | 70                 | 176                |

*"Este documento no genera obligación alguna para la dependencia o entidad."*



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

### FORMATO PARA PRESENTAR SU COTIZACION ECONOMICA

|                                 |                           |                    |                                          |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------------|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR _____      |                           |                    |                                          |
| R.F.C. _____                    |                           |                    |                                          |
| DOMICILIO _____                 |                           |                    |                                          |
| ESTRATIFICACIÓN                 |                           |                    |                                          |
| MICRO PEQUEÑA MEDIANA NO MYPIME |                           |                    |                                          |
| TELÉFONO                        | VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | NÚMERO DE PROVEEDOR IMSS PREII MILLENIUM |
|                                 |                           |                    |                                          |

| REN | CLAVE IMSS | DESCRIPCIÓN | MARCA | NACIONALIDAD | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | IMPORTE TOTAL |
|-----|------------|-------------|-------|--------------|----------|-----------------|---------------|
|     |            |             |       |              |          |                 |               |
|     |            |             |       |              |          | SUB TOTAL       |               |
|     |            |             |       |              |          | I.V.A           |               |
|     |            |             |       |              |          | IMPORTE TOTAL   |               |

EL IMPORTE DEBERÁ SER CALCULADO SOBRE LA CANTIDAD MÁXIMA

SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL IMPORTE TOTAL DE LA PROPUESTA.

LOS PRECIOS OFERTADOS SON FIJOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LAS PROPUESTAS Y DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



GOBIERNO DE  
MÉXICO



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

### ANEXO 2

#### MANIFIESTO DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (PUESTO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA O NEGOCIO), en pleno goce de mis derechos y bajo protesta de decir la verdad, manifiesto lo siguiente:

- a) Tener relación personal con algún servidor público de la dependencia o entidad contratante de la cual pueda obtener un beneficio:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_
- b) Tener relación familiar por consanguinidad hasta el cuarto grado, afinidad o civil, con algún servidor público que labore para la dependencia o entidad contratante:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_
- c) Tener relaciones profesionales, laborales o de negocios formales o informales con algún servidor público que labore para la dependencia o entidad contratante, o con sus familiares por consanguinidad hasta el cuarto grado, afinidad o civiles, durante los últimos 2 años (o 6 meses conforme a la Ley de Adquisiciones) anteriores a la fecha de celebración del procedimiento de contratación:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_
- d) Ser socio o haber formado parte de una sociedad con algún servidor público que labore para la dependencia o entidad contratante, o con sus familiares por consanguinidad hasta el cuarto grado, afinidad o civiles, durante los últimos 2 años (o 6 meses conforme a la Ley de Adquisiciones) anteriores a la fecha de celebración del procedimiento de contratación:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_
- e) Ser empleada o empleado actual de la dependencia o entidad contratante:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_
- f) Contar con poder o mandato público o privado que implique la participación de algún servidor público que labore en la dependencia o entidad contratante:
  - Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_
  - Cargo: \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE  
MÉXICO



IMSS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

- g) Haber realizado, directa o indirectamente, algún tipo de transferencia económica o de bienes, favores, gratificaciones, donaciones, servicios o cualquier otra dádiva derivadas del ejercicio de las funciones de algún servidor público que labore en la dependencia o entidad contratante, para obtener la asignación de un contrato o algún otro beneficio:
- Si: ☐ No: ☐
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_.
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
- h) Estar sujeta o sujeto a alguna influencia directa por algún servidor público:
- Si: ☐ No: ☐
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_.
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
  - Dependencia: \_\_\_\_\_.
- i) Tener relación familiar con algún servidor público que labore en alguna dependencia o entidad distinta a la contratante:
- Si: ☐ No: ☐
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_.
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
  - Dependencia: \_\_\_\_\_.
- j) Tener relación personal con algún servidor público que labore en alguna dependencia o entidad distinta a la contratante:
- Si: ☐ No: ☐
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_.
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
  - Dependencia: \_\_\_\_\_.
- k) Tener relación laboral, profesional o de negocios formales o informales con algún servidor público que labore en alguna dependencia o entidad distinta a la contratante:
- Si: ☐ No: ☐
  - Nombre del servidor público: \_\_\_\_\_.
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
  - Dependencia: \_\_\_\_\_.
- l) Ser empleada o empleado actual en alguna dependencia o entidad distinta a la contratante:
- Si: ☐ No: ☐
  - Cargo: \_\_\_\_\_.
  - Dependencia: \_\_\_\_\_.
- m) Tener conocimiento del contenido y alcance de las disposiciones establecidas en la Ley de adquisiciones arrendamientos y servicios del sector público así como su reglamento, debiendo conocer el significado de conflicto de interés en la celebración de cualquier procedimiento de contratación:
- Si: ☐ No: ☐



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**IMSS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Dirección de Prestaciones Médicas

Unidad de Atención Médica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 4

"Luis Castelazo Ayala"

Departamento de Abastecimiento

n) Que en caso de existir un conflicto de interés a futuro debo informar a las autoridades correspondientes a efecto de que se tomen las medidas pertinentes:

▪ Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

o) Conducirme conforme a los principios de legalidad, honradez, imparcialidad y transparencia:

▪ Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 2026

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA)



## Departamento de Abastecimiento

## ANEXO 3

| <br>COORDINACIÓN DE<br>ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       | REMISION DEL PEDIDO          |                              | FOLIO REMISIÓN               |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       | fecha Remision               |                              | CONTRATO No.:                |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       | LUGAR                        |                              | FECHA DEL CONTRATO           |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       | PLAZO                        |                              | 1 / 1                        |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       | LUGAR DE ENTREGA             |                              |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| R F C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RAMO                                  | IMSS                         | GRUPO                        |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| RENG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CANTIDAD                              | UNIDAD                       | P U                          | CLAVE                        | DESCRIPCION                 | IMPORTE                    |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                              |                              |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                              |                              |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| IMPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |                              |                              |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| DATOS COMPLEMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                              |                              |                              |                             |                            |                            |                                       |                              |                                  |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| CLASIFICACION PRESUPUESTAL<br>No DE PROVEEDOR <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/> C</td><td><input type="checkbox"/> CIR</td><td><input type="checkbox"/> LOC</td><td><input type="checkbox"/> INM</td><td><input type="checkbox"/> TS</td><td><input type="checkbox"/> E</td><td><input type="checkbox"/> U</td><td><input type="checkbox"/> R</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> PAR PRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                                       |                              |                              |                              |                             |                            | <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> CIR | <input type="checkbox"/> LOC     | <input type="checkbox"/> INM | <input type="checkbox"/> TS | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> U | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PAR PRE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> CIR | <input type="checkbox"/> LOC | <input type="checkbox"/> INM | <input type="checkbox"/> TS | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> U | <input type="checkbox"/> R            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> PAR PRE |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         |                              |                             |                            |                            |                            |                          |                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |