



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE  
ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4

050GYR036N1426-23-00

REGISTRO EN SAI No. S6M0024

INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES  
PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA

No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026

SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA  
REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES  
COMPUTADAS

CONTRATO ABIERTO CON NÚMERO DE CONTRATO ÚNICO 050GYR036N1426-23-00 Y NÚMERO DE REGISTRO EN SAI S6M0024 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "EL INSTITUTO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DR. OSCAR MORENO ÁLVAREZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NÚMERO 4, "LUIS CASTELAZO AYALA" CIUDAD DE MÉXICO Y, POR LA OTRA PARTE LA EMPRESA WE'LL ASSIST HEALTH S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE A), REPRESENTADO POR EL C. MAURICIO REYES MORALES VÁZQUEZ EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL., EN PARTICIPACIÓN CONJUNTA CON LA EMPRESA MEDIRECT, S.A. DE C.V. (PARTICIPANTE B) REPRESENTADO POR EL C. CARLOS FRANCISCO ALCUDIA LABASTIDA, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y AMBAS PARTES ACTUANDO DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### DECLARACIONES

1. "EL INSTITUTO", DECLARA QUE:

- 1.1 ES UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, QUE TIENE A SU CARGO LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, COMO UN 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 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, ARTÍCULO 6 FRACCIÓN I, 8 Y 148 FRACCIÓN XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL IMSS Y NUMERALES, 5.3 INCISO C), 5.3.1 INCISO C), 5.3.6 INCISO C), 5.3.7.1 INCISO C), 5.3.7.2 INCISO C), 5.3.8 INCISO C), 5.3.11 INCISO C), 5.3.16 INCISO C), 5.3.17 INCISO C), 5.3.20 INCISO C), 5.3.21 INCISO C), 5.3.23 INCISO C), 5.5.2.1 INCISO C), DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.2 CONFORME A LO DISPUESTO POR PODER GENERAL LIMITADO QUE SE CONTIENE EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 84,497, DEL 23 DE ENERO DE 2017, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO BENITO IVÁN GUERRA SILLA, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 7 DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DR. OSCAR MORENO ÁLVAREZ, TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", CIUDAD DE MÉXICO, 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.
- 1.3 SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO LA DRA KARLA ALEJANDRA SANCHEZ REYES, JEFE DE LA DIVISIÓN MÉDICA DE GINECOLOGÍA CON R.F.C. [REDACTED] FACULTADO PARA ADMINISTRAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 129 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ARTÍCULO 8 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO LOS NUMERALES 4.17, 4.24.6, 4.30.3, 5.3.15 INCISO C), 5.4.12, 5.4.15, 5.5.1 PUNTO 3, 5.5.1.1 INCISO A) Y B), 5.5.1.4, 5.5.3, 5.5.3.2 INCISO C), D), 5.5.3.3 INCISO B), 5.5.3.5, 5.5.5.1, 5.5.5.5, 5.5.5.8, 5.5.8.1, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUIEN PODRÁ SER SUSTITUIDO EN CUALQUIER MOMENTO, BASTANDO PARA TALES EFECTOS UN COMUNICADO POR ESCRITO Y FIRMADO POR EL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO COMO ADMINISTRADOR, INFORMANDO A, "EL PROVEEDOR" PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO.
- 1.4 SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO LA L. C. SANDRA HERNÁNDEZ GALICIA, DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA UMAE [REDACTED] FACULTADA COMO SUPERVISORA, EN EL PROCEDIMIENTO DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 5.3 INCISO C), 5.3.3 INCISO C), 5.3.5 INCISO C), 5.3.6 INCISO C), 5.3.7, 5.3.8 INCISO C), 5.3.10 INCISO C), 5.3.21



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE  
ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4

050GYR036N1426-23-00

REGISTRO EN SAI No. S6140024

INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES  
PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA

No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026

SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA  
REALIZACIÓN DE TOMOGRAFAS AXIALES  
COMPUTADAS

INCISO C), DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

- 1.5 SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO EL LIC. MARIO ALBERTO VIVEROS MORALES, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO DE LA UMAE, R.F.C. [REDACTED] FACULTADO COMO ÁREA CONTRATANTE, EN EL PROCEDIMIENTO DEL CUAL SE DERIVA ESTE CONTRATO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2, FRACCIÓN I, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, NUMERALES 4.13, 4.22, 4.24, 4.26, 4.27, 4.28.1, 4.28.2, 4.31, 4.32, 4.33, 4.34, 4.35, 4.36, 4.37, 4.38, 4.39, 4.39.1, 4.40, 4.41, 5.1.3, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.2.1, 5.2.2.2, 5.2.2.4, 5.2.2.5, 5.2.3, 5.3 INCISO C), 5.3.4 INCISO C), 5.3.13 INCISO C), 5.3.19, 5.4.8, 5.4.10, 5.4.11, 5.4.12, 5.4.14, 5.5.1, 5.5.2 INCISO A), 5.5.3.2 INCISO C), 5.5.5.1, 5.5.5.5, 5.5.5.7, 5.5.9, 5.5.10, 5.5.12 INCISO A), 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.6 LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ EL 20 DE ABRIL DE 2026, MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS POR MEDIO ELECTRÓNICO DE CARÁCTER NACIONAL AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LOS ARTÍCULOS 33, 35 FRACCIÓN II, 36, 39 FRACCIÓN I, 40, 55 Y 56 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, ASÍ COMO LOS ARTÍCULOS 83, 86, 87 Y 93 DE SU REGLAMENTO DE LA LEY EN MATERIA, LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES EN LA MATERIA.
- 1.7 "EL INSTITUTO" CUENTA CON SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA OTORGADA MEDIANTE DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO, NÚMERO 0000140584-2026, DE FECHA 16 DE ABRIL DE 2026, CON CUENTA FINAT 51331003, EMITIDO POR LA OFICINA DE PRESUPUESTO A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS, ANEXO 2 (DOS).
- 1.8 EL PRESUPUESTO DEFINITIVO A EJERCER ESTA SUJETO A LA APROBACIÓN DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL VIGENTE, POR PARTE DE LA H. CAMARA DE DIPUTADOS, POR LO QUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL QUEDAN SUJETAS PARA FINES DE EJECUCION Y PAGO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA CON LA QUE SE CUENTE CONFORME AL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL VIGENTE SE APRUEBE POR LA H. CAMARA DE DIPUTADOS EN TERMINOS DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY FEDERAL DEL PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.9 PARA EFECTOS FISCALES LAS AUTORIDADES HACENDARIAS LE HAN ASIGNADO EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, IMS-421231-145
- 1.10 TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO EN AV. RÍO MAGDALENA NO. 289, COL. TIZAPÁN SAN ÁNGEL C.P. 01090, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MÉXICO, MISMO QUE SEÑALA PARA LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO.
2. "LOS PROVEEDORES"
- PARTICIPANTE "A"; WE'LL ASSIST HEALTH S.A. DE C.V. POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE LEGAL DECLARA QUE:
- 2.1 ES UNA PERSONA MORAL LEGALMENTE CONSTITUIDA MEDIANTE LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 12,250, DEL 03 DE DICIEMBRE DEL 2021, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO GUILLERMO SANTILLÁN MEZA, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 20 DE LA CIUDAD DE SANTA ROSALÍA, MUNICIPIO DE MULEGÉ, ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR Y CUYO OBJETO SOCIAL ES, ENTRE OTROS; LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS NECESARIOS PARA ATENDER ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL CUERPO HUMANO DURANTE SU VIDA, MEDIANTE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS QUIRÚRGICOS, ADMINISTRATIVOS Y DE SEGUIMIENTO, HACIENDO USO DE MEDIOS ALTAMENTE TÉCNICOS Y PROFESIONALES CON ACCIONES ORDINARIAMENTE REALIZADAS EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO, HOSPITALES O EN LA CASA DEL ENFERMO. LA COMPRA, VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, MANUFACTURA, FABRICACIÓN, PROMOCIÓN PUBLICIDAD, MERCADOTECNIA Y, EN GENERAL, LA

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center"><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br/> <b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center"><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br/> <b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br/> <b>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O EN LA CASA DEL ENFERMO. LA COMPRA, VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, MANUFACTURA, FABRICACIÓN, PROMOCIÓN PUBLICIDAD, MERCADOTECNIA Y, EN GENERAL, LA COMERCIALIZACIÓN EN CUALQUIER FORMA, DE TODO TIPO DE ARTÍCULOS Y PRODUCTOS MÉDICOS O PARA LA SALUD, POR CUALQUIER MEDIO CONOCIDO O POR CONOCER, DENTRO Y FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

2.2 EL **C. MAURICIO REYES MORALES VAZQUEZ**, EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO Y OBLIGAR A SU REPRESENTADA, COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **12,250**, DEL **03 DE DICIEMBRE DEL 2021**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **GUILLERMO SANTILLÁN MEZA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **20**, EN LA CIUDAD DE SANTA ROSALÍA, MUNICIPIO DE MULEGÉ, ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR, INSTRUMENTO QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA NO LE HA SIDO LIMITADO NI REVOCADO EN FORMA ALGUNA.

2.3 REÚNE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS, ASÍ COMO LA ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CUMPLIMIENTO.

MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 71 Y 90 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN CASO DE QUE "**EL PROVEEDOR**" SE ENCUENTRE EN LOS SUPUESTOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE, EL CONTRATO SERÁ NULO PREVIA DETERMINACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 19 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 87 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 156 DE SU REGLAMENTO, "**EL PROVEEDOR**" EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN "**EL INSTITUTO**" DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

2.4 CUENTA CON SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **WAH211218E65** Y **NÚMERO DE PROVEEDOR IMSS 00158721**.

2.5 BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ESTÁ AL CORRIENTE EN LOS PAGOS DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, EN ESPECÍFICO LAS PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL VIGENTE, ASÍ COMO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, ANTE EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS); LO QUE ACREDITA CON LAS OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO POSITIVO, EMITIDAS POR EL SAT E IMSS, RESPECTIVAMENTE, ASÍ COMO CON LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, SIN ADEUDO, EMITIDA POR EL INFONAVIT, LAS CUALES SE ENCUENTRAN VIGENTES Y OBRAN EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO.

2.6 SEÑALA COMO SU DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EN: **FRACION 38 DEPTO 204, EL TEZAL, CABO SAN LUCAS, BAJA CALIFORNIA SUR, C.P. 23454. TELÉFONO: 55 27063118, CORREO ELECTRÓNICO: [licitaciones@wellassistmed.com](mailto:licitaciones@wellassistmed.com)**

**PARTICIPANTE "B"; MEDIRECT, S.A. DE C.V. POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE LEGAL DECLARA QUE:**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICA</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b><br><br><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b><br><br><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b><br><br><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**2.1** ES UNA PERSONA **MORAL** LEGALMENTE CONSTITUIDA MEDIANTE LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **59,370**, DEL **21 DE AGOSTO DEL 2017**, OTORGADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **PATRICIO GARZA BANDALA**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **18** DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y CUYO OBJETO SOCIAL ES, **ENTRE OTROS; ROPORCIONAR TODA CLASE DE SERVICIO PROFESIONALES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, EN EL CAMPO DE LA MEDICINA, INCLUYENDO LOS DE EMERGENCIA Y AMBULATORIOS, PROPORCIONAR EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON BASE EN IMÁGENES Y CIFRAS DEL MÁS ALTO NIVEL DE RESOLUCIÓN.**

**2.2** EL **C. CARLOS FRANCISCO ALCUDIA LABASTIDA**, EN SU CARÁCTER DE **REPRESENTANTE LEGAL**, CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO Y OBLIGAR A SU REPRESENTADA, COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **70,547**, DEL **01 DE SEPTIEMBRE DEL 2021**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **CONRADO ZUCKERMANN PONCE**, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO **105**, EN EL ESTADO DE MÉXICO, MÉXICO. INSTRUMENTO QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA NO LE HA SIDO LIMITADO NI REVOCADO EN FORMA ALGUNA.

**2.3** REÚNE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, JURÍDICAS Y ECONÓMICAS, ASÍ COMO LA ORGANIZACIÓN Y ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CUMPLIMIENTO.

MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO ENCONTRARSE EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 71 Y 90 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** SE ENCUENTRE EN LOS SUPUESTOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE, EL CONTRATO SERÁ NULO PREVIA DETERMINACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 19 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 87 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 156 DE SU REGLAMENTO, **"EL PROVEEDOR"** EN CASO DE AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN **"EL INSTITUTO"** DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE EN SU MOMENTO SE REQUIERA, RELATIVA AL PRESENTE CONTRATO.

**2.4** CUENTA CON SU REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **MED170821DS1**.

**2.5** BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ESTÁ AL CORRIENTE EN LOS PAGOS DE SUS OBLIGACIONES FISCALES, EN ESPECÍFICO LAS PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 32-D DEL CÓDIGO FISCAL FEDERAL VIGENTE, ASÍ COMO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, ANTE EL INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT) Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS); LO QUE ACREDITA CON LAS OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SENTIDO POSITIVO, EMITIDAS POR EL SAT E IMSS, RESPECTIVAMENTE, ASÍ COMO CON LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL EN MATERIA DE APORTACIONES PATRONALES Y ENTERO DE DESCUENTOS, SIN ADEUDO, EMITIDA POR EL INFONAVIT, LAS CUALES SE ENCUENTRAN VIGENTES Y OBRAN EN EL EXPEDIENTE RESPECTIVO.

**2.6** SEÑALA COMO SU DOMICILIO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EN: AVENIDA BANJAMIN FRANKLIN NO. 186, COLONIA ESCANDON II SECCIÓN, MIGUEL HIDALGO, CÓDIGO POSTAL: 11800, CIUDAD DE MÉXICO. **TELÉFONO: 55 40855650, CORREO ELECTRÓNICO: sanemosimagenologia@gmail.com**

**3. DECLARAN "LAS PARTES":**

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b>                                                   |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b>                                            |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b> |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b>                                     |
| <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |

**PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.**

"EL PROVEEDOR" ACEPTA Y SE OBLIGA A PROPORCIONAR A "EL INSTITUTO" LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO MÉDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS**, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES, ANEXOS, QUE FORMAN PARTE DEL EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN. LOS ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO, SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN:

|                         |                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>ANEXO 1 (UNO)</b>    | <b>"REQUERIMIENTO ECONÓMICO"</b>                            |
| <b>ANEXO 2 (DOS)</b>    | <b>"DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO"</b>     |
| <b>ANEXO 3 (TRES)</b>   | <b>"MODELO DE PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO"</b>         |
| <b>ANEXO 4 (CUATRO)</b> | <b>"OPINIONES DE CUMPLIMIENTO DE SAT, IMSS E INFONAVIT"</b> |

**SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.**

LOS PRECIOS UNITARIOS DEL PRESENTE CONTRATO, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL ES POR:

| DESCRIPCIÓN                          | CANTIDAD MÁXIMA | PRECIO UNITARIO |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| TC DE TORAX Y ABDOMEN CON CONTRASRE  | 210             | \$3,789.95      |
| TC DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE | 181             | \$3,789.95      |
| TAC SNC CON CONTRASTE IV             | 72              | \$3,789.95      |
| TAC CABEZA Y CUELLO                  | 4               | \$3,789.95      |

DE CONFORMIDAD CON EL **ANEXO 1 (UNO)** DEL PRESENTE CONTRATO.

LOS PRECIOS UNITARIOS DEL PRESENTE CONTRATO, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL (**PESO MEXICANO**) SON EN REFERENCIA Y DE CONFORMIDAD CON EL **ANEXO 1 (UNO)** DEL PRESENTE CONTRATO.

**SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO**

LOS PRECIOS UNITARIOS DEL PRESENTE CONTRATO, EXPRESADOS EN MONEDA NACIONAL (**PESO MEXICANO**) SON EN REFERENCIA Y DE CONFORMIDAD CON EL **ANEXO 1 (UNO)** DEL PRESENTE CONTRATO.

EL PRECIO UNITARIO ES CONSIDERADO FIJO Y EN MONEDA NACIONAL (**PESO MEXICANO**) HASTA QUE CONCLUYA LA RELACIÓN CONTRACTUAL QUE SE FORMALIZA, INCLUYENDO TODOS LOS CONCEPTOS Y COSTOS INVOLUCRADOS EN EL DEL **SERVICIO MÉDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS**, POR LO QUE, "EL PROVEEDOR" NO PODRÁ AGREGAR NINGÚN COSTO EXTRA Y LOS PRECIOS SERÁN INALTERABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

"EL INSTITUTO" PAGARÁ A, "EL PROVEEDOR" COMO CONTRA-PRESTACIÓN POR EL SUMINISTRO DEL SERVICIO OBJETO DE ESTE CONTRATO; LA **CANTIDAD MÍNIMA DE \$1,265,843.30 (UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS 30/100 M.N.)** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), Y CON UNA **CANTIDAD MÁXIMA DE \$3,050,909.75 (TRES MILLONES CINCUENTA MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS 75/100 M.N.)** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.).

**TERCERA. ANTICIPO.**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center"><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center"><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-4-2026</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PARA EL PRESENTE CONTRATO LA **UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No.4**, **NO OTORGARÁ ANTICIPO A "EL PROVEEDOR"**

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

"EL INSTITUTO" EFECTUARÁ EL PAGO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA EN PESOS DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SIN EXCEDER LOS 17 (DIECISIETE) DÍAS HÁBILES, DE ACUERDO CON EL NUMERAL 5.5.1 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS, COINCIDIENDO CONGRUENTEMENTE A LOS BIENES O SERVICIOS EFECTIVAMENTE ENTREGADOS Y A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO" A TRAVÉS DE LA FACULTAD DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL "ANEXO 1 (UNO)" QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO.

EL PAGO SE DEBERÁ REALIZAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 17 (DIECISIETE) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA ENTREGADO Y ACEPTADO LA REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (CFDI) A "EL INSTITUTO", CON LA PREVIA AUTORIZACIÓN (FIRMA) DEL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO, CON LA EMISIÓN DEL CONTRA RECIBO CORRESPONDIENTE.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 134 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO EL CÓMPUTO DEL PLAZO PARA REALIZAR EL PAGO SE CONTABILIZARÁ A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL CFDI O FACTURA ELECTRÓNICA, Y ÉSTA REÚNA LOS REQUISITOS FISCALES QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN EN LA MATERIA, EL DESGLOSE DE LOS BIENES O SERVICIOS ENTREGADOS, LOS PRECIOS UNITARIOS, EL IMPUESTO CORRESPONDIENTE (CUANDO APLIQUE), SE VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD, NO EXISTAN ACLARACIONES AL IMPORTE, DE ACUERDO CON EL OFICIO NO. 09 9001 600 000/018 Y DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO 2, DEL "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", (NORMATIVIDAD DE PAGO DE LAS CUENTAS CONTABLES, PLAZOS Y REQUISITOS DE PAGO DE LOS BIENES Y SERVICIOS). SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL, INTITULADO, DE LOS LINEAMIENTOS PARA PROMOVER LA AGILIZACIÓN DE PAGO A LOS PROVEEDORES CONTENIDOS EN EL "ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN DIVERSOS LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS Y DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS", CONCORDANTE CON LOS ARTÍCULOS 65 Y 66 DEL REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, EN LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE ESTA UMAE, DONDE LOS CONTRATOS Y SU DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DEBERÁN ESTAR FORMALIZADOS EN EL SISTEMA FINAT.

EL CFDI O FACTURA ELECTRÓNICA DEBERÁ SER PRESENTADA DE FORMA IMPRESA ANTE EL DEPARTAMENTO DE FINANZAS A TRAVÉS DE LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DE ESTA UMAE PARA PROCEDER A SU GLOSA, REVISIÓN Y, EN SU CASO, APROBACIÓN. DICHO CFDI DEBERÁ CONTENER EL NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO. ASIMISMO, EN DICHO CFDI SE DEBERÁN INDICAR: NÚMERO DE ALTA EN SAI O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PEDIDO-RECEPCIÓN EN MÓDULO DE COMPRAS DEL SISTEMA FINAT (CUANDO SEA APLICABLE), NÚMERO DE PROVEEDOR, NÚMERO DE CONTRATO, NÚMERO DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE SE HAYA ACEPTADO CONFORME AL NUMERAL 5.5.5.4 DE ESTAS POBALINES, DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y LA INDICACIÓN DE QUE "EL PROVEEDOR" CUENTA CON OPINIONES POSITIVAS Y VIGENTES EN MATERIA DE APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ANTE EL IMSS E INFONAVIT ASÍ COMO DE OBLIGACIONES FISCALES ANTE EL SAT.

EN CASO DE QUE EL DEVENGO POR LA ENTREGA-RECEPCIÓN NO GENERE NÚMERO DE ALTA EN SAI O NÚMERO DE PEDIDO-RECEPCIÓN EN FINAT, SE DEBERÁ ADJUNTAR ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN ESPECIFICANDO LOS BIENES O SERVICIOS ENTREGADOS A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 135 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, EN CASO DE QUE EL CFDI O FACTURA ELECTRÓNICA ENTREGADO PRESENTE ERRORES, EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO O QUIEN ÉSTE DESIGNA 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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center"><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center"><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PROCEDIMIENTO DE PAGO REINICIARÁ EN EL MOMENTO EN QUE, "EL PROVEEDOR" PRESENTE EL CFDI Y/O DOCUMENTOS SOPORTE CORREGIDOS Y SEAN ACEPTADOS.

EL PERSONAL DE LAS ÁREAS DE TRÁMITE DE EROGACIONES SEÑALADAS EN ESTE NUMERAL NO PODRÁ DEVOLVER EL CFDI PRESENTADO POR ERRORES QUE NO AFECTEN LA VALIDEZ FISCAL DEL DOCUMENTO O POR CAUSAS IMPUTABLES AL IMSS.

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 73 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

PARA LOS CASOS EN QUE NO SE FORMALICE EL CONTRATO, EL FALLO O NOTIFICACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN SERÁ EL DOCUMENTO CON EL CUAL PROCEDERÁ EL PAGO RESPECTIVO DE LOS BIENES ENTREGADOS O SERVICIOS PRESTADOS, ÚNICAMENTE PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL FALLO Y LA FECHA EN QUE DEBIÓ FORMALIZARSE EL CONTRATO. PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, EL ÁREA CONTRATANTE ENCARGADA DE ELABORAR EL CONTRATO DEBERÁ INFORMAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, EN UN PLAZO NO MAYOR A 24 HORAS POSTERIORES AL VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA FORMALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO LEGAL, DE LA FALTA DE FORMALIZACIÓN DEL MISMO, A EFECTO DE QUE SE REALICEN LAS GESTIONES QUE CORRESPONDAN PARA NO RECIBIR BIENES O SERVICIOS, SEGÚN SEA EL CASO.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ EXPEDIR SUS CFDI EN EL ESQUEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, ASÍ COMO LAS QUE EMITA EL SAT A NOMBRE DEL IMSS, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMS-421231-I45 Y EN CASO DE SER NECESARIO COMO DATO ADICIONAL, EL DOMICILIO EN AVENIDA PASEO DE LA REFORMA NÚM. 476 EN LA COLONIA JUÁREZ, C.P. 06600, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, CIUDAD DE MÉXICO; USO DE CFDI: 01 - SIN EFECTOS FISCALES, 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 (<https://pispdigital.imss.gob.mx/piref/>) EL ARCHIVO EN FORMATO XML. LA VALIDEZ DE ESTOS SERÁ DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y ÚNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERÁN PROCEDENTES PARA PAGO.

"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 PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS Y EN LA FECHA, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRÓNICO INTERBANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACIÓN, PARA TAL EFECTO "EL PROVEEDOR" DEBERÁ PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR LA OFICINA DE TESORERÍA, PARA DAR DE ALTA EN EL SISTEMA DEL IMSS, LA CUENTA BANCARIA, (NO DEBERÁ SER REFERENCIADA NI CONCENTRADORA), CLABE, BANCO Y SUCURSAL A MENOS QUE ÉSTE ACREDITE EN FORMA FEHACIENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO. EL PAGO SE DEPOSITARÁ A "EL PROVEEDOR EN LA FECHA PROGRAMADA, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE PAGOS ELECTRÓNICOS INTERBANCARIOS.

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 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO EN EL CASO QUE APLIQUE, LLEVARÁ A CABO LA VALORACIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL PAGO POR CONCEPTO DE GASTOS NO RECUPERABLES CONFORME A LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 147 Y 150 DEL RLAASSP EN RELACIÓN CON LOS ARTÍCULOS 51, 67, 78 Y 80 SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LAASSP, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO ACOMPAÑADA DE LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:

- ☐ COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE HAYA REALIZADO LOS TRÁMITES RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.
- ☐ EL CFDI QUE REÚNA LOS REQUISITOS DE LOS ARTÍCULOS 29 Y 29-A DEL CFF, 37 AL 40 DEL RCFF, Y EN SU CASO LA RESOLUCIÓN DE LA MISCELÁNEA FISCAL DEL EJERCICIO QUE CORRESPONDA.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br/> <b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br/> <b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br/> <b>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

LA SOLICITUD LA REALIZARÁ AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL PAGO, Y EN SU CASO, ELABORAR EL FINIQUITO Y REMITIRLO PARA EL PAGO RESPECTIVO A LA OFICINA DE TRÁMITE DE EROGACIONES DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS, DE LA UMAE.

AL NOTIFICAR AL PROVEEDOR LA APLICACIÓN DE UNA PENA CONVENCIONAL, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEBERÁ SOLICITAR A LAS ÁREAS DE CONTABILIDAD EN ESTA UMAE LA EMISIÓN DEL CFDI DE INGRESO POR DICHO CONCEPTO Y ENTREGARLO AL PROVEEDOR PARA QUE SE COMPENSE CONTRA LOS ADEUDOS QUE TENGA EL IMSS PARA CON "EL PROVEEDOR" O PARA QUE, EN SU DEFECTO, ÉSTE PROCEDA A PAGAR AL "EL INSTITUTO" LA PENA CONVENCIONAL.

EL PAGO DE LOS BIENES, ARRENDAMIENTOS O SERVICIOS QUEDARÁ CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE "EL PROVEEDOR" DEBA EFECTUAR POR CONCEPTOS DE PENAS CONVENCIONALES Y/O DEDUCCIONES. EN AMBOS CASOS, EL IMSS REALIZARÁ LAS RETENCIONES CORRESPONDIENTES SOBRE EL O LOS CFDIS QUE SE PRESENTE PARA PAGO EN CUALQUIER REPRESENTACIÓN CON LAS QUE REALICE TRÁMITES DE EROGACIONES. EN EL ENTENDIDO DE QUE EN EL SUPUESTO DE QUE SEA RESCINDIDO EL CONTRATO, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENALIZACIONES, NI LA CONTABILIZACIÓN DE LAS MISMAS PARA HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 141 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO

LA OFICINA DE ADQUISICIONES DEBERÁ REGISTRAR LOS CONTRATOS, CONVENIOS Y SU DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL EN EL SISTEMA FINAT PARA EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

PARA QUE "EL PROVEEDOR" PUEDA CELEBRAR UN CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHOS DE COBRO, MISMO QUE DEBERÁ NOTIFICARLO POR ESCRITO AL IMSS CON UN MÍNIMO DE 5 (CINCO) DÍAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, O EN SU CASO, EL TITULAR DEL ÁREA REQUERENTE, DEBERÁ ENTREGAR LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESIÓN AL ÁREA RESPONSABLE DE AUTORIZAR ÉSTA, CONFORME 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".

EN LO REFERENTE A LOS PAGOS POR SUSCRIPCIONES, SEGUROS U OTROS SERVICIOS, QUE SEAN DE TRACTO SUCESIVO, SU PAGO SERÁ AUTORIZADO PREVIA SOLICITUD DEL ÁREA REQUERENTE DE QUE SE TRATE, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE DEBERÁN CUMPLIR CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL NUMERAL 5.5.1 DE LAS POLÍTICAS BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS.

PARA EL CASO DE QUE SE PRESENTEN PAGOS EN EXCESO, "EL PROVEEDOR" DEBERA REINTEGRAR LAS CANTIDADES PAGADAS EN EXCESO MÁS LOS INTERES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA QUE ESTABLEZCA LA LEY DE INGRESOS DE LA FEDERACIÓN, EN LOS CASOS DE PRÓRROGA PARA EL PAGO DE CRÉDITOS FISCALES. LOS INTERESES SE CALCULARÁN SOBRE LAS CANTIDADES EN EXCESO Y SE COMPUTARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DE SU ENTREGA Y HASTA LA FECHA EN QUE SE PONGAN EFECTIVAMENTE LAS CANTIDADES A DISPOSICIÓN DE "EL INSTITUTO", DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 73, PÁRRAFO TERCERO, DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

"EL PROVEEDOR" MANIFIESTA SU CONFORMIDAD QUE, HASTA EN TANTO NO SE CUMPLA CON LA VERIFICACIÓN, SUPERVISIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS BIENES, NO SE TENDRÁN COMO RECIBIDOS O ACEPTADOS POR EL ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO.

#### **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" EN EL DENTRO DE LOS PLAZOS SEÑALADOS EN LA CONVOCATORIA Y ANEXO TECNICO Y/O TERMINOS Y CONDICIONES ASI COMO LO QUE SE INDICAN EN EL ANEXO 1 (UNO). EL CUAL FORMA PARTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO LEGAL.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICA<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center"><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center"><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS EN EL DOMICILIO UBICADO EN CALZADA DE TLALPAN #4620, COLONIA; NIÑO JESÚS, ALCALDÍA TLALPAN, CÓDIGO POSATAL 14080 CIUDAD DE MÉXICO, TELÉFONO: 555654964, CORREO ELECTRÓNICO: [sanemosimagenologia@gmail.com](mailto:sanemosimagenologia@gmail.com)

LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ASÍ COMO LOS CRITERIOS GENERALES QUE DEBERÁN ATENDERSE PARA ACREDITAR LA RECEPCIÓN A SATISFACCIÓN DEL IMSS DE DICHOS BIENES, ATENDIENDO A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 73 PRIMER PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 129 ÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LEY EN MATERIA, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL ÁREA REQUERENTE.

EN LOS CASOS QUE DERIVADO DE LA VERIFICACIÓN SE DETECTEN DEFECTOS O DISCREPANCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O INCUMPLIMIENTO EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, **"EL PROVEEDOR"** CONTARÁ CON UN **PLAZO DE 24 HORAS**, PARA LA REPOSICIÓN O CORRECCIÓN, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y/O ESCRITO, SIN COSTO ADICIONAL PARA **"EL INSTITUTO"**.

#### **SEXTA. VIGENCIA**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL **20 DE ABRIL AL 31 DICIEMBRE DE 2026**.

#### **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 74 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, SIEMPRE Y CUANDO LAS MODIFICACIONES NO REBASAN 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 MODIFICATORIO.

**"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 GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 136, ÚLTIMO PÁRRAFO DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b><br><br><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b><br><br><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b><br><br><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS**

PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, SE REQUIERE QUE **"EL PROVEEDOR"** PRESENTE UNA GARANTÍA POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS.

#### **NOVENA. GARANTÍA(S)**

#### **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEBERÁ PRESENTARSE CONFORME A LOS ARTÍCULOS 69, FRACCIÓN II, 70, FRACCIÓN I, DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO; ARTÍCULO 130, FRACCIÓN III, 51 DE SU REGLAMENTO Y 166 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

**"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A ENTREGAR UNA GARANTÍA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FIRMA DEL CONTRATO, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL **10% (DIEZ POR CIENTO)**, MISMA QUE PODRÁ SER **INDIVISIBLE**, LA CUAL SÓLO SE HARÁ EFECTIVA EN LA PROPORCIÓN CORRESPONDIENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN PRINCIPAL, MEDIANTE FIANZA EXPEDIDA POR COMPAÑÍA AFIANZADORA MEXICANA AUTORIZADA POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y DE FIANZAS, A FAVOR DE LA **TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN** O DE **"EL INSTITUTO"**, POR UN IMPORTE SEA IGUAL O MENOR A **900 DÍAS DE UMA** PODRÁ OTORGARSE MEDIANTE FIANZA O CHEQUE CERTIFICADO O DE CAJA, DEPÓSITO DE DINERO CONSTITUIDO A TRAVÉS DE CERTIFICADO, O BILLETE DE DEPÓSITO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN DE CRÉDITO AUTORIZADA POR LA SHCP, DEPÓSITO DE DINERO ANTE **"EL INSTITUTO"**, FIANZA EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN AUTORIZADA POR LA SHCP, SIN CALCULARSE EL I.V.A., **ANEXO 3 (TRES)**.

PARA EL CASO DE AQUELLOS CONTRATOS CUYO IMPORTE SEA SUPERIOR A **901 DÍAS DE UMA** VIGENTE EN EL PRESENTE EJERCICIO FISCAL, DEBERÁ OTORGARSE MEDIANTE FIANZA, SEGURO DE CAUCIÓN O CARTA DE CRÉDITO IRREVOCABLE.

**"EL PROVEEDOR"** QUEDA OBLIGADO A ENTREGAR A **"EL INSTITUTO"** LA GARANTÍA QUE SE INTEGRA COMO **ANEXO 3 (TRES)**, EN LA OFICINA DE ADQUISICIONES, SITO EN AV. RÍO MAGDALENA No. 289, PRIMER PISO, COL. TIZAPÁN SAN ÁNGEL, C.P.01090, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MÉXICO, CON HORARIO DE 08:30 A 13:00 HORAS.

SI LAS DISPOSICIONES JURÍDICAS APLICABLES LO PERMITEN, LA ENTREGA DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE PODRÁ REALIZAR DE MANERA ELECTRÓNICA.

CUANDO LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE PRESENTE A TRAVÉS DE UNA FIANZA, SE DEBERÁ OBSERVAR EL **"MODELO DE PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO"**, **ANEXO 3 (TRES)** APROBADO EN LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL PUBLICADAS EN EL **DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF)**, EL 15 DE ABRIL DE 2022, Y QUE SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN LA PÁGINA DE COMPRANET.

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 DIEZ DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FORMALIZACIÓN DEL MISMO, DE CONFORMIDAD CON EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 136, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LOS DOCUMENTOS MODIFICATORIOS O

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 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 LAS GARANTÍAS DE ANTICIPO Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, LO QUE COMUNICARÁ A, "EL PROVEEDOR".

SE LIBERARÁ LA GARANTÍA A "EL PROVEEDOR" UNA VEZ QUE "EL INSTITUTO" LE OTORQUE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, PARA QUE ÉSTE PUEDA SOLICITAR A LA AFIANZADORA CORRESPONDIENTE LA CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA, AUTORIZACIÓN QUE "EL INSTITUTO" ENTREGUE A "EL PROVEEDOR" SIEMPRE QUE DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO; PARA LO CUAL DEBERÁ PRESENTAR MEDIANTE ESCRITO EN HOJA MEMBRETADA Y CON FIRMA AUTOGRAFA DEL REPRESENTANTE LEGAL LA SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LA GARANTÍA EN LA OFICINA DE ADQUISICIONES, SITO EN AV. RÍO MAGDALENA No. 289, PRIMER PISO, COL. TIZAPÁN SAN ÁNGEL, C.P.01090, ALCALDIA ÁLVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MÉXICO, CON HORARIO DE 08:30 A 13:00 HORAS, MISMA QUE LLEVARÁ A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN Y ENTREGA DE GARANTÍA.

CUANDO LA ENTREGA DE LOS BIENES, SE REALICE EN UN PLAZO MENOR A DIEZ DÍAS NATURALES, "EL PROVEEDOR" QUEDARÁ EXCEPTUADO DE LA PRESENTACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 69 ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

EN TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 69, SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO SE EXCEPTUARÁ A "EL PROVEEDOR" DE LA PRESENTACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, SI LA CONTRATACIÓN SE FUNDAMENTA EN EL ARTÍCULO 54 Y 55 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

**EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, "EL INSTITUTO" LLEVARÁ A CABO LA EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUANDO:**

- SE RESCINDA ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO.
- SI "EL PROVEEDOR" NO PUEDE REALIZAR EL CAMBIO FÍSICO DEL PRODUCTO.
- DURANTE SU VIGENCIA SE DETECTEN DEFICIENCIAS O CALIDAD FALLAS O CALIDAD INFERIOR EN LOS BIENES SUMINISTRADOS, EN COMPARACIÓN CON LOS OFERTADOS.
- CUANDO EN EL SUPUESTO DE QUE SE REALICEN MODIFICACIONES AL PRESENTE CONTRATO, NO ENTREGUE "EL PROVEEDOR" EN EL PLAZO PACTADO, EL ENDOSO O LA NUEVA GARANTÍA, QUE AMPARE EL PORCENTAJE ESTABLECIDO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.
- POR CUALQUIER OTRO INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE CONTRATO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 126 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, LA APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE HARÁ EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

#### **DÉCIMA. OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".**

- PRESTAR LOS SERVICIOS EN LAS FECHAS O PLAZOS Y LUGARES ESTABLECIDOS CONFORME A LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO Y ANEXOS RESPECTIVOS.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-001</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 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 156 DEL REGLAMENTO DE LA **"LAASSP"**.

#### DÉCIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE **"EL INSTITUTO"**

- a) OTORGAR TODAS 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 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO, 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.

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

**"EL INSTITUTO"** DESIGNA COMO ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO A LA **DRA. KARLA ALEJANDRA**, CON RFC: **SARK-830717-6A7**, JEFE DE LA DIVISIÓN MÉDICA DE GINECOLOGÍA, 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 **"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. CUANDO SE REQUIERA LA APLICACIÓN DE DEDUCCIONES

#### 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 UN **(10) %** SOBRE EL MONTO DE LOS SERVICIOS, EN CASO DE ESTABLECER POR DIVERSOS CONCEPTOS DEDUCTIVAS REMITIR AL ANEXO CORRESPONDIENTE, PROPORCIONADOS EN FORMA PARCIAL O DEFICIENTE. LAS CANTIDADES POR 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 ESCINCO 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.

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b>                                                   |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b>                                            |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b> |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b>                                     |
| <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |

LAS DEDUCCIONES ECONÓMICAS SE APLICARÁN SOBRE LA CANTIDAD INDICADA SIN INCLUIR IMPUESTOS.

LA NOTIFICACIÓN Y CÁLCULO DE LAS DEDUCCIONES CORRESPONDIENTES LAS REALIZARÁ EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE "EL INSTITUTO", POR ESCRITO O VÍA CORREO ELECTRÓNICO, DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS POSTERIORES AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE.

#### DÉCIMA CUARTA. PENAS CONVENCIONALES

EN CASO QUE, "EL PROVEEDOR" INCURRA EN ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO CONFORME A LO PACTADO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO Y CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 75 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, 141 Y 142 DE SU REGLAMENTO, 5.5.8 DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y **ANEXO 1 (UNO)**, QUE ES PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO, "EL INSTITUTO" POR CONDUCTO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO APLICARÁ LA PENA CONVENCIONAL EQUIVALENTE AL **1%** DEL COSTO TOTAL RESPECTO A LO INCUMPLIDO (SIN I.V.A.) DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE POR CADA **DÍA** DE ATRASO SOBRE EL MONTO DE LOS SERVICIOS NO PROPORCIONADOS, DE CONFORMIDAD CON ESTE INSTRUMENTO LEGAL Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.

A) CUANDO EL PROVEEDOR NO ENTREGUE LOS BIENES DE ACUERDO CON EL PLAZO MÁXIMO DE ENTREGA ESTABLECIDA EN **CLAUSULA DECIMA** EN ESTE SUPUESTO LA APLICACIÓN DE LA PENA CONVENCIONAL PODRÁ SER HASTA POR UN MÁXIMO DE 4 DÍAS COMO ENTREGA CON ATRASO;

B) CUANDO EL PROVEEDOR NO REPONGA DENTRO DEL PLAZO SEÑALADO, LOS SERVICIOS QUE EL INSTITUTO HAYA SOLICITADO PARA SU CANJE.

LA PENA CONVENCIONAL POR ATRASO SE CALCULARÁ POR CADA DÍA DE INCUMPLIMIENTO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PENALIZACIÓN ESTABLECIDO, APLICADO AL VALOR DE LOS SERVICIOS ENTREGADOS CON ATRASO, Y DE MANERA PROPORCIONAL AL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO QUE CORRESPONDA A EL SERVICIO O CONCEPTO. LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DICHA GARANTÍA.

LA PENA CONVENCIONAL SE CALCULARÁ DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES EXPRESADOS EN LA FÓRMULA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

**PCA = %D X NDA X VSPA.**

ÓNDE:

**%D**=PORCENTAJE DETERMINADO EN LA CONVOCATORIA, INVITACIÓN, COTIZACIÓN, CONTRATO POR CADA DÍA DE ATRASO EN EL INICIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

**PCA** = PENA CONVENCIONAL APLICABLE.

**NDA** = NÚMERO DE DÍAS DE ATRASO.

**VSPA** = VALOR DE LOS SERVICIOS PRESTADOS CON ATRASO, SIN I.V.A.

| NÚM.<br>DESCRIPCIÓN<br>RANGO | NÚM. DESCRIPCIÓN<br>RANGO | NÚM.<br>DESCRIPCIÓN<br>RANGO |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1                            | BIENES                    | DEL 0.2% AL 1.0%             |
| 2                            | SERVICIOS                 |                              |
| 3                            | ARRENDAMIENTOS            |                              |

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO NOTIFICARÁ A "EL PROVEEDOR" POR ESCRITO O VÍA CORREO ELECTRÓNICO, EL CÁLCULO DE LA PENA CONVENCIONAL, DENTRO DE LOS CINCO DÍAS POSTERIORES AL ATRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE QUE SE TRATE.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br/> <b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br/> <b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br/> <b>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EL PAGO DE LOS BIENES 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 TERCERA DE RESCISIÓN, NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENAS NI LA CONTABILIZACIÓN DE ESTAS AL HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL PAGO DE LA PENA PODRÁ EFECTUARSE A TRAVÉS DEL ESQUEMA DE CINCO 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 BIENES, 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.

CUANDO, "EL PROVEEDOR" QUEDE EXCEPTUADO DE LA PRESENTACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, EN LOS SUPUESTOS PREVISTO EN LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EL MONTO MÁXIMO DE LAS PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO QUE SE PUEDE APLICAR, SERÁ DEL 20% (VEINTE POR CIENTO) DEL MONTO DE LOS BIENES ADQUIRIDOS FUERA DE LA FECHA CONVENIDA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL TERCER PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 142 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.

#### **DÉCIMA SEXTA. SEGUROS**

PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, NO SE REQUIERE QUE "EL PROVEEDOR" CONTRATE UNA PÓLIZA DE SEGURO POR RESPONSABILIDAD CIVIL.

#### **DÉCIMA SEPTIMA. 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", MISMO 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 OCTAVA. 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".

#### **DÉCIMA NOVENA. DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center"><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center"><b>No. IA- 50- GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**"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. 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 PRIMERA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 80 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 150, FRACCIÓN II, DE SU REGLAMENTO, LA **"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.

UNA VEZ QUE HAYAN DESAPARECIDO LAS CAUSAS QUE MOTIVARON LA SUSPENSIÓN, EL CONTRATO PODRÁ CONTINUAR PRODUCIENDO TODOS SUS EFECTOS LEGALES, SI LA **"EL INSTITUTO"** ASÍ LO DETERMINA; Y EN CASO DE 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 SEGUNDA. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

**"EL INSTITUTO"** CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, O BIEN, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIRLOS 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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 150 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

#### VIGÉSIMA TERCERA. RESCISIÓN

**"EL INSTITUTO"** PODRÁ EN CUALQUIER MOMENTO RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO Y HACER EFECTIVA LA FIANZA DE CUMPLIMIENTO, CUANDO **"EL PROVEEDOR"** INCURRA EN INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, SIN NECESIDAD DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES COMPETENTES EN LA MATERIA, POR LO QUE, DE MANERA ENUNCIATIVA, MÁS NO LIMITATIVA, SE ENTENDERÁ POR INCUMPLIMIENTO:

- a) LA CONTRAVENCIÓN A LOS TÉRMINOS PACTADOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.
- b) SI TRANSFIERE EN TODO O EN PARTE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO A UN TERCERO AJENO A LA RELACIÓN CONTRACTUAL.
- c) SI CEDE LOS DERECHOS DE COBRO DERIVADOS DEL CONTRATO, SIN CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"LA DEPENDENCIA O EL INSTITUTO"**.
- d) SI SUSPENDE TOTAL O PARCIALMENTE Y SIN CAUSA JUSTIFICADA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PRESENTE CONTRATO.
- e) SI NO SE REALIZA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN TIEMPO Y FORMA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS RESPECTIVOS ANEXOS.
- f) SI NO PROPORCIONA A LOS ÓRGANOS DE FISCALIZACIÓN, LA INFORMACIÓN QUE LE SEA REQUERIDA CON MOTIVO DE LAS AUDITORÍAS, VISITAS E INSPECCIONES QUE REALICEN.
- g) SI ES DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL, O POR CUALQUIER OTRA CAUSA DISTINTA O ANÁLOGA QUE AFECTE SU PATRIMONIO.
- h) SI NO ENTREGA DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DE FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL MISMO.
- i) SI LA SUMA DE LAS PENAS CONVENCIONALES O LAS DEDUCCIONES AL PAGO, IGUALAN EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y/O ALCANZAN EL 20% (VEINTE POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL DE ESTE CONTRATO CUANDO NO SE HAYA REQUERIDO LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO;
- j) SI DIVULGA, TRANSFIERE O UTILIZA 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;
- k) SI SE COMPROBEA LA FALSEDAD DE ALGUNA MANIFESTACIÓN, INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN PROPORCIONADA PARA EFECTO DEL PRESENTE CONTRATO;
- l) EN GENERAL, INCURRA EN INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ESTIPULEN EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS DE LAS DISPOSICIONES DE LA **"LAASSP"** Y SU REGLAMENTO.
- m) CUANDO **"EL PROVEEDOR"** Y/O SU PERSONAL, IMPIDAN EL DESEMPEÑO NORMAL DE LABORES DE **"EL INSTITUTO"**;
- n) SOLO PARA PROVEEDORES EXTRANJEROS. SI CAMBIA DE NACIONALIDAD E INVOCA LA PROTECCIÓN DE SU GOBIERNO CONTRA RECLAMACIONES Y ÓRDENES DE **"EL INSTITUTO"**.

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, EXPONGA LO QUE A SU DERECHO CONVenga Y APOORTE 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 DE ESTE 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.

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 74 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS SECTOR PUBLICO.

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 73, PÁRRAFO CUARTO, DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS SECTOR PUBLICO.

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 CUARTA. 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

"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 QUINTA. 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 CONTRATO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA, INVITACIÓN O SOLICITUD RESPECTIVA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 126, FRACCIÓN IV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS SECTOR PÚBLICO.

#### VIGÉSIMA SEXTA. 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 109, 111 Y 112 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y 186 AL 196 DE SU REGLAMENTO.

#### VIGÉSIMA SÉPTIMA. 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 DICHS DOMICILIOS SE PRACTIQUE, SERÁ ENTERAMENTE VÁLIDA, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN EL TÍTULO TERCERO DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL.

#### VIGÉSIMA OCTAVA. 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.

#### VIGÉSIMA NOVENA. 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 EN LA CIUDAD DE MÉXICO, RENUNCIANDO EXPRESAMENTE AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLES DEBIDO A SU DOMICILIO ACTUAL O FUTURO.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center">050GYR036N1426-23-00</p> <p align="center">REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p align="center">INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p align="center">No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p align="center">SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FIRMANTES O SUSCRIPCIÓN.**

EN ESTA PARTE SE FORMALIZA EL CONTRATO SUSCRIBIÉNDOLO, EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GÍNECO-OBSTÉTRICA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", CIUDAD DE MÉXICO, EL 20 DE ABRIL DE 2026, LO SUSCRIBEN "EL INSTITUTO" Y "EL PROVEEDOR", EN DOS TANTOS Y TIENE RELACIÓN CON LO ESTABLECIDO EN EL PROEMIO, EN LAS DECLARACIONES DE LOS PUNTOS 1.2 Y 2.2.

POR LO ANTERIOR EXPUESTO, "EL INSTITUTO" Y "EL PROVEEDOR", 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.

**POR:**

**"EL INSTITUTO"**

| NOMBRE                                                                                                                               | CARGO                                                                                                                                                | R.F.C.                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>DR. OSCAR MORENO ÁLVAREZ</b>                | <b>TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE<br/>GINECO-OBSTÉTRICA No. 4 "LUIS<br/>CASTELAZO AYALA", CIUDAD DE<br/>MÉXICO</b> |    |
| <br><b>L. C. SANDRA HERNÁNDEZ GALICIA</b>          | <b>DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA<br/>UMAE</b>                                                                                                       |  |
| <br><b>LIC. MARIO ALBERTO VIVEROS<br/>MORALES</b> | <b>JEFE DEL DEPARTAMENTO DE<br/>ABASTECIMIENTO DE LA UMAE</b>                                                                                        |  |
| <br><b>DRA KARLA ALEJANDRA SANCHEZ<br/>REYES</b>  | <b>JEFE DE LA DIVISIÓN MÉDICA DE<br/>GINECOLOGÍA</b>                                                                                                 |  |

**POR:**

**"EL PROVEEDOR"**

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <br><b>C. MAURICIO REYES MORALES VÁZQUEZ</b><br><b>REPRESENTANTE COMÚN DE LA EMPRESA WE'LL</b><br><b>ASSIST HEALTH S.A. DE C.V. Y MEDIRECT S.A. DE</b><br><b>C.V.</b> | <b>R.F.C.</b><br><br><b>WAH2-11218-E65</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p align="center">050GYR036N1426-23-00</p> <p align="center"><b>REGISTRO EN SAI No. SEM0024</b></p> <p align="center"><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br/> <b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p align="center">No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p align="center"><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br/> <b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br/> <b>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ANEXO 1 (UNO)**

| PARTIDA  | DESCRIPCION                          | CANTIDAD MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | P.U.       | TOTAL CANTIDAD MINIMA | TOTAL CANTIDAD MAXIMA |
|----------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------------|-----------------------|
| 1        | TC DE TORAX Y ABDOMEN CON CONTRASTE  | 260             | 620             | \$3,789.95 | \$985,387.00          | \$2,349,769.00        |
| 2        | TC DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE | 44              | 109             | \$3,789.95 | \$166,757.80          | \$413,104.55          |
| 3        | TAC SNC CON CONTRASTE IV             | 28              | 72              | \$3,789.95 | \$106,118.60          | \$272,876.40          |
| 4        | TAC CABEZA Y CUELLO                  | 2               | 4               | \$3,789.95 | \$7,579.90            | \$15,159.80           |
| SUBTOTAL |                                      |                 |                 |            | \$1,265,843.30        | \$3,050,909.75        |
| I.V.A.   |                                      |                 |                 |            | \$202,534.93          | \$488,145.56          |
| TOTAL    |                                      |                 |                 |            | \$1,468,378.23        | \$3,539,055.31        |

CANTIDAD MÍNIMA DE **\$1,265,843.30 (UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS 30/100 M.N.)** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.)

CANTIDAD MÁXIMA DE **\$3,050,909.75 (TRES MILLONES CINCUENTA MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS 75/100 M.N.)** MÁS EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.)





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE  
ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4

050GYR036N1426-23-00

REGISTRO EN SAI No. S6M0024

INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES  
PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA

No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026

SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA  
REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES  
COMPUTADAS



**NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA  
LA PLANEACIÓN, OBTENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS  
SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS                                       |  | FOLIO: 1                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)                                                               |  | Fecha: DIA MES AÑO                                                                                                                                                         |  |
| DELEGACIÓN/UMAE                                                                                                 |  | PACIENTE: 5                                                                                                                                                                |  |
| UNIDAD MÉDICA: 4                                                                                                |  | NOMBRE: 5                                                                                                                                                                  |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:                                                                                             |  | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                |  |
| TIPO Y NÚMERO:                                                                                                  |  | No. DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                    |  |
| LOCALIDAD:                                                                                                      |  | CURP:                                                                                                                                                                      |  |
| SERVICIO QUE DERIVA: 6                                                                                          |  | AGREGADO                                                                                                                                                                   |  |
| NOMBRE:                                                                                                         |  | RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: 9                                                                                                                                            |  |
| DIRECCIÓN:                                                                                                      |  | RT <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> SPAM <input type="checkbox"/> |  |
| TIPO DE SERVICIO:                                                                                               |  | 10 TIPO DE                                                                                                                                                                 |  |
| ORDINARIO: <input type="checkbox"/> 7                                                                           |  | ÚNICA <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISIS SUBROGADA <input type="checkbox"/>                                                           |  |
| MOTIVO DE SUBROGACIÓN:                                                                                          |  | VIGENCIA DE 11                                                                                                                                                             |  |
| CS <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                                                            |  |
| DIAGNOSTICO(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 GABINETE: <input type="checkbox"/>                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| AUX DE: <input type="checkbox"/>                                                                                |  |                                                                                                                                                                            |  |
| SERVICIO(S) A SUBROGAR: 14                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| CANTIDAD                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ESPECIFICAR                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| PROVEEDOR: 15                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                                                          |  |                                                                                                                                                                            |  |
| DOMICILIO:                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| CONTRATO No. VIGENCIA DEL:                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ELABORÓ: 16                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Vó. Sr. JEFE DE SERVICIO: 17                                                                                    |  |                                                                                                                                                                            |  |
| AUT. DIRECTOR: 18                                                                                               |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE: 19                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| MATRÍCULA:                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| FIRMA:                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                            |  |
| CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ: 19                                                                    |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE: <input type="checkbox"/>                                                                                |  |                                                                                                                                                                            |  |
| PACIENTE: <input type="checkbox"/>                                                                              |  |                                                                                                                                                                            |  |
| FAMILIAR: <input type="checkbox"/>                                                                              |  |                                                                                                                                                                            |  |
| RESPONSABLE: <input type="checkbox"/>                                                                           |  |                                                                                                                                                                            |  |
| PARENTESCO: <input type="checkbox"/>                                                                            |  |                                                                                                                                                                            |  |
| FECHA: <input type="checkbox"/>                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| FIRMA: <input type="checkbox"/>                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| TEL: <input type="checkbox"/>                                                                                   |  |                                                                                                                                                                            |  |

|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|       | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | 050GYR036N1426-23-00                                         |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  | REGISTRO EN SAI No. S6M0024                                  |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  | INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA |
|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                  | No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026                           |
| <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS</b> |                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |

|                                                                                   |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA PLANEACIÓN, OBTENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>APÉNDICE A</b><br><b>Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)</b><br><b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b> |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                                                                                                            | DATO                | ANOTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1                                                                                                              | Delegación y UMAE   | El nombre de la Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2                                                                                                              | Folio               | <p>El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural.</p> <p>NOTA: Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los SS pagados.</p> |
| 3                                                                                                              | Fecha               | Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2020).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4                                                                                                              | Unidad Médica       | La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5                                                                                                              | Paciente            | Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6                                                                                                              | Servicio que deriva | El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/> PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/> REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/> COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA<br/> LA PLANEACIÓN, OBTENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS<br/> SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| No. | DATO                          | ANOTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7   | Tipo de servicio              | Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente.                                                                                                                                                                          |
| 8   | Motivo de subrogación         | CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos.                                                                                                                                                                                                          |
| 9   | Ramo de seguro que se afecta  | Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general; MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia). |
| 10  | Tipo de subrogación           | Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodíalisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa.                                                              |
| 11  | Vigencia de derechos          | La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno de la o el Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.                                                                                                                                                                              |
| 12  | Diagnóstico y Resumen clínico | El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica.         |

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b>                                                   |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b>                                            |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b> |
|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b>                                     |
| <b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                               |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA</b><br><b>LA PLANEACIÓN, OBTENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS</b><br><b>SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>APÉNDICE A</b><br><b>Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03)</b><br><b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b> |                                          |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                                                                                                            | DATO                                     | ANOTAR                                                                                                                                                                                                    |
| 13                                                                                                             | Grupo a subrogar                         | Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete.                                                               |
| 14                                                                                                             | Servicio (s) a subrogar                  | La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención.                                                                                                          |
| 15                                                                                                             | Proveedor                                | El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica. |
| 16                                                                                                             | Elaboró                                  | Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración.                                                                                                                                       |
| 17                                                                                                             | Vo. Bo.<br>Jefe de Servicio              | Nombre, matrícula y firma.                                                                                                                                                                                |
| 18                                                                                                             | Aut. del Director de la Unidad           | Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe.                                                                                                                  |
| 19                                                                                                             | Constancia de que el servicio se recibió | Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.                                                                                                         |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-00</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD E INDEMNIDAD SOCIAL



Unidad Médica de Alta Especialidad  
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala  
Dirección Médica  
División de Ginecología

|                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Para: Dra. Karla Alejandra Sánchez Reyes<br>Jefe de la División Médica de Ginecología                                                                                                                                        |                                                              |
| De la: Dra. Luz Angélica Ramírez García<br>Directora Médica                                                                                                                                                                  |                                                              |
| Lugar: Ciudad de México                                                                                                                                                                                                      | Fecha: 25 de febrero de 2026                                 |
| Asunto: designación como administrador de<br>contrato para el Servicio médico<br>subrogado de Tomografía por emisión<br>de positrones / Tomografía<br>computarizada con<br>fluorodesoxiglucosa (PET-CT con 18f-<br>FDG) 2026 | Memorandum No.<br>37.13.01.200.200/UMAE/HGO4/DM/2<br>026/030 |

Por medio del presente, y con base en los numerales 4.17, 4.24.6, 4.30.3, 5.3.15 inciso C), 5.4.12, 5.4.15, 5.5.1 punto 3, 5.5.1.1, inciso A) Y B), 5.5.1.4, 5.5.3, 5.5.3.2, inciso C), D), 5.5.3.3, inciso B), 5.5.3.5, 5.5.5.1, 5.5.5.5, 5.5.5.8, 5.5.8.1, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, se hace de conocimiento que ha sido designado **Administrador del contrato del Servicio médico subrogado de Tomografía por emisión de positrones / Tomografía computarizada con fluorodesoxiglucosa (PET-CT con 18f-FDG).**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE  
ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4

050GYR036N1426-23-00

REGISTRO EN SAI No. S6M0024

INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES  
PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA

No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026

SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA  
REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES  
COMPUTADAS



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD • SOLIDARIDAD GUBERNAMENTAL



**Nombre:** Dra. Karla Alejandra Sánchez Reyes

**Cargo:** Jefe de la División Médica de Ginecología

**Adscripción:** Dirección Médica

**Domicilio Institucional:** Av. Río Magdalena No. 289, Col. Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón,

C.P. 01090, CDMX.

**RFC:** [REDACTED]

**CURP:** [REDACTED]

**Correo electrónico:** [REDACTED]

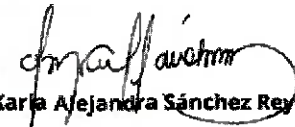
**Teléfono institucional:** 55 5550 6060, extensión 28032

Sin más por el momento quedo de usted.

Atentamente,

Firma de Aceptación del Servidor Público

  
Dra. Luz Angélica Ramírez García  
Directora Médica

  
Dra. Karla Alejandra Sánchez Reyes  
Jefe de la División Médica de Ginecología

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</p> | <p>050GYR036N1426-23-40</p> <p>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</p> <p>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</p> <p>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</p> <p>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ACTA DE ENTREGA-RECEPCION

EN LA CIUDAD DE MEXICO, SIENDO LAS **XX:XX** HORAS DEL DIA **XX** DE **XX** DE **XXXX**, CON EL FIN DE HACER CONSTAR LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DEL **SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS**, QUE SE CONFORMA DE **XX** (NÚMERO Y LETRA) CORRESPONDIENTE (SERVICIO CONFORMADO Y DE ACUERDO AL ANEXO 1), OTORGADAS EN SUS INSTALACIONES (DIRECCIÓN DE LA UNIDAD QUE ATIENDE EL SERVICIO); POR LO QUE EN CONTRAPRESTACION DEL **SERVICIO MÉDICO SUBROGADO** SE DA TÉRMINO A LA ENTREGA-RECEPCIÓN CON LA ENTREGA FÍSICA DE (NÚMERO Y LETRA) EXPEDIENTES CORRESPONDIENTES A PACIENTES CONFORMADOS DEL **SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4, "LUIS CASTELAZO AYALA"** CORRESPONDIENDO A UN IMPORTE POR EL CITADO CONCEPTO DE \$ **X,XXX,XXX.XX** (LETRA Y NÚMERO M.N.) DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO **XXXXX** DEL EVENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL DE No. **XXXX-XXX-XXX-XX-X-XXX** EN PROPIA INSTALACIÓN DEL "INSTITUTO", SE REUNIERON POR PARTE DEL "INSTITUTO" Y POR PARTE DEL "PROVEEDOR" LAS PERSONAS AUTORIZADAS, FACULTADAS QUE PARTICIPAN Y FIRMAN LA PRESENTE ACTA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO, POR LO ANTERIOR. SE PROCEDIÓ A VERIFICAR QUE SE CUMPLA CON LA CALIDAD, CARACTERÍSTICAS, CONDICIONES Y ALCANCES DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS.

HACIENDO LA DEBIDA CONSTANCIA Y TERMINADO LAS VERIFICACIONES COINCIDIENDO TODOS LOS FIRMANTES EN QUE SE CUMPLIÓ LA ENTREGA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL INSTITUTO, FIRMAN DE CONFORMIDAD.

**DRA KARLA ALEJANDRA SANCHEZ REYES**  
**RFC. SARK-830717-6A7**  
**ADMINISTRADOR DE CONTRATO Y**  
**JEFE DE LA DIVISIÓN MÉDICA DE GINECOLOGÍA**

(REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONAL AUTORIZADO POR EL PROVEEDOR)

EL PRESENTE FORMATO ES MÍNIMO REQUERIDO PARA LAS CONDICIONES DE PAGO, POR LO CUAL DEBE DE CONSIDERARSE COMO REFERENCIAL MÁS NO LIMITATIVO.)





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE  
ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4

050GYR036N1426-23-00

REGISTRO EN SAI No. SGM0024

INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES  
PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA

No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026

SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA  
REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES  
COMPUTADAS

ANEXO 2 (DOS)  
DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL



UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
DELEGACIÓN Delegación No. 3 Sureste DF  
DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVIO

FOLIO: 0000140684-2026

☐ Dictamen de Inversión

☒ Dictamen de Gasto

Dependencia Solicitante:

37

Delegación No. 3 Sureste DF

371301

HGO40DrLuisCastellazoAyala UMAE

150203

Depto. Abastecimientos UMAE

Concepto:

SUBROGACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO. ADQUI/024/2026

Fecha Elaboración:

16/04/2026

Total Comprometido (en pesos):

\$ 3,541,848.78

Cuenta: 51331003

SUBROGACIÓN SERV.S.DIAG.LAB.

Unidad de Información: 371301

Centro de Costos: 200220

COG 3390104

COMPROMISOS PRESUPUESTALES (en pesos)

| CNE | FEB | MAR | ABR     | MAY   | JUN   | JUL   | AGO  | SEP | OCT   | NOV   | DIC |
|-----|-----|-----|---------|-------|-------|-------|------|-----|-------|-------|-----|
| 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1,372.9 | 465.7 | 252.1 | 501.8 | 75.2 | 5.1 | 392.6 | 476.5 | 0.0 |
| 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0     | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0  | 0.0 | 0.0   | 0.0   | 0.0 |

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en los artículos 8, 144 y 148 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el numeral 7.5.9.4 de la Norma Presupuestaria 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 FINAT, 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

NADIA NEGRETE MENDOZA

NADIA NEGRETE MENDOZA

DIA MES AÑO  
DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No.

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS):

\$ .00

Clave: 6170-008-001

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICA</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b>                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 | <b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b>                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                 | <b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b><br><br><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |

**ANEXO 3 (TRES)**

**"MODELO DE LA PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR, ANTE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE: ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS".**

**(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":

**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:** (INDIVISIBLE).

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":** 050GYR036N1426-23-00 Y CON REGISTRO SAI S6M0024

**OBJETO:** \_\_\_\_\_.

**MONTO DEL CONTRATO:** (CON NÚMERO Y LETRA, SIN EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO)

**MONEDA:** \_\_\_\_\_.

**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** \_\_\_\_\_.

**FECHA DE VIGENCIA:** DEL 20 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

**TIPO:** (ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIOS, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA).

**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 CIUDAD DE MÉXICO (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 70, FRACCIÓN II, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y 151 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)

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4

En este sentido, se pone disponible la versión pública de lo solicitado y nos permitimos informar que se testaron los siguientes datos personales como son: RFC, ya que su difusión puede afectar la esfera privada de las mismas atendiendo a los criterios de confidencialidad. Por lo que con fundamento en lo previsto por el artículo 115 párrafo primero y 120, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTIA), donde se refiere que se considera información confidencial. El artículo 115 párrafo primero La que contiene los datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br/> <b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br/> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br/> <b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b></p> | <p><b>050GYR036N1426-23-00</b></p> <p><b>REGISTRO EN SAI No. S6110024</b></p> <p><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br/> <b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b></p> <p><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b></p> <p><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br/> <b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br/> <b>COMPUTADAS</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**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 REBASAN 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 **10%** (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 **20%** 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.**

(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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS</b><br><b>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE</b><br><b>ALTA ESPECIALIDAD</b><br><b>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b><br><br><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b><br><br><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES</b><br><b>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b><br><br><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA</b><br><b>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES</b><br><b>COMPUTADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICA<br/>COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE<br/>ALTA ESPECIALIDAD<br/>HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4</b> | <b>050GYR036N1426-23-00</b><br><br><b>REGISTRO EN SAI No. S6M0024</b><br><br><b>INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES<br/>PERSONAS NACIONAL ELECTRÓNICA</b><br><br><b>No. IA- 50-GYR-050GYR036-N-14-2026</b><br><br><b>SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA<br/>REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES<br/>COMPUTADAS</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(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.**

(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**

"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.

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"  
CONVOCATORIA

NÚMERO: IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS SEGUNDA VUELTA

CIUDAD DE MÉXICO, A 17 DE ABRIL DEL 2026.

**1. DOCUMENTOS QUE DEBERÁ PRESENTAR EL PARTICIPANTE O EL QUE SE GENERE EN COMPRAS MX  
RELATIVO A LA PROPOSICIÓN TÉCNICA**

**1.1. REQUISITOS**

**G) ANEXO NÚMERO 6  
COTIZACIÓN ECONÓMICA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD,  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
PRESENTE.

**C. MAURICIO REYES MORALES VÁZQUEZ** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE COMÚN DE LA EMPRESA **WE'LL ASSIST HEALTH, S.A. DE C.V. Y MEDIRECT, S.A. DE C.V.** Y A FIN DE PARTICIPAR EN LA PRESENTE INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NÚMERO **IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026**, PARA EL SERVICIO DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS SEGUNDA VUELTA, MI REPRESENTADA PRESENTA PROPUESTA ECONÓMICA Y MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS PRECIOS SERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

**PROPUESTA TÉCNICO-ECONÓMICA**

NÚMERO IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026

FECHA: 17 DE ABRIL DEL 2026.

DOMICILIO: FRACION 38 DEPTO 204, EL TEZAL, CABO SAN LUCAS, BAJA CALIFORNIA SUR, C.P. 23454

TELÉFONO: 5527063118

CORREO ELECTRÓNICO: licitaciones@wellassistmed.com

VIGENCIA DE COTIZACIÓN: A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL FALLO Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026.

RFC: WAH211218E65

ESTRATIFICACIÓN: PEQUEÑA

NÚMERO DE PROVEEDOR: 0000158721

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: WE'LL ASSIST HEALTH, S.A. DE C.V. y MEDIRECT, S.A. DE C.V.

| REGLON   | DESCRIPCION                          | CANTI<br>MIN | CANT<br>MAX | P.U.        | IMPORTE<br>MINIMO | IMPORTE<br>MAXIMO |
|----------|--------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------|
| 1        | TC DE TORAX Y ABDOMEN CON CONTRASRE  | 260          | 650         | \$ 3,789.95 | \$ 985,388.04     | \$2,463,470.10    |
| 2        | TC DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE | 44           | 110         | \$ 3,789.95 | \$ 166,757.98     | \$ 416,894.94     |
| 3        | TAC SNC CON CONTRASTE IV             | 28           | 72          | \$ 3,789.95 | \$ 106,118.71     | \$ 272,876.69     |
| 4        | TAC CABEZA Y CUELLO                  | 2            | 4           | \$ 3,789.95 | \$ 7,579.91       | \$ 15,159.82      |
| Subtotal |                                      |              |             |             | \$ 1,265,844.64   | \$3,168,401.54    |
| IVA      |                                      |              |             |             | \$ 202,535.14     | \$ 506,944.25     |
| Total    |                                      |              |             |             | \$ 1,468,379.78   | \$3,675,345.79    |

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"  
CONVOCATORIA  
NÚMERO: IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026  
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS SEGUNDA VUELTA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONVOCATORIA

NÚMERO: IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO  
PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES  
COMPUTADAS SEGUNDA VUELTA.

CIUDAD DE MÉXICO, A 17 DE ABRIL DE 2026

**PROPOSICION ECONOMICA**

MAURICIO REVÉSMORALES VÁZQUEZ  
REPRESENTANTE COMÚN

**Artículo 45.** La entrega de proposiciones se hará en sobre digital generado por la Plataforma, que contendrá la oferta técnica y económica, dichos sobres serán generados mediante el uso de tecnologías que resguarden la confidencialidad de la información de tal forma que sean inviolables, conforme a las disposiciones que al efecto establezca la Secretaría. La oferta técnica incluye la documentación legal y administrativa. La veracidad o autenticidad de la información y documentación contenida en la proposición técnica y económica, será de exclusiva responsabilidad del licitante. La documentación distinta a la proposición podrá entregarse, a elección del licitante, dentro o fuera del sobre que la contenga.

Dos o más personas podrán presentar conjuntamente una proposición sin necesidad de constituir una sociedad, o una nueva sociedad en caso de personas morales; para tales efectos, en la proposición y en el contrato se establecerán con precisión las obligaciones de cada una de ellas, así como la manera en que se exigirá su cumplimiento. En este supuesto la proposición deberá ser firmada electrónicamente por el representante común que para ese acto haya sido designado por el grupo de personas.

Cuando la proposición conjunta resulte adjudicada con un contrato, dicho instrumento deberá ser firmado por el representante legal de cada una de las personas participantes en la proposición, a quienes se considerará, para efectos del procedimiento y del contrato, como responsables solidarios o mancomunados, según se establezca en el propio contrato.

Lo anterior, sin perjuicio de que las personas que integran la proposición conjunta puedan constituirse en una nueva sociedad, para dar cumplimiento a las obligaciones previstas en el convenio de proposición conjunta, siempre y cuando se mantengan en la nueva sociedad las responsabilidades de dicho convenio. Los actos, contratos, convenios o combinaciones que lleven a cabo los licitantes en cualquier etapa del procedimiento de licitación deberán apegarse a lo dispuesto por las disposiciones jurídicas en materia de prácticas monopólicas y concentraciones, sin perjuicio de que las dependencias y entidades determinarán los requisitos, características y condiciones de los mismos en el ámbito de sus atribuciones. Cualquier licitante o el convocante podrá hacer del conocimiento de la autoridad competente en materia de libre competencia y concurrencia, hechos materia de la citada Ley, para que resuelva lo conducente.

\* **Artículo 88.-** En las licitaciones públicas se aceptarán proposiciones conjuntas. Para ello, las dependencias y entidades incluirán en la convocatoria a la licitación pública los requisitos necesarios para la presentación de dichas proposiciones, de conformidad con lo dispuesto en los párrafos cuarto, quinto y sexto del artículo 45 de la Ley. Al efecto, los interesados podrán agruparse para presentar una proposición, cumpliendo los siguientes aspectos:

I. Cualquiera de los integrantes de la agrupación, podrá presentar el escrito mediante el cual manifieste su interés en participar en la junta de aclaraciones y en el procedimiento de contratación;

II. Las personas que integran la agrupación deberán celebrar en los términos de la legislación aplicable el convenio de proposición conjunta, en el que se establecerán con precisión los aspectos siguientes:

a) Nombre, domicilio y Registro Federal de Contribuyentes de las personas integrantes, señalando, en su caso, los datos de los instrumentos públicos con los que se acredita la existencia legal de las personas morales y, de haberlas, sus reformas y modificaciones, así como el nombre de los socios que aparezcan en éstas;

b) Nombre y domicilio de los representantes de cada una de las personas agrupadas, señalando, en su caso, los datos de las escrituras públicas con las que acrediten las facultades de representación;

c) Designación de un representante común, otorgándole poder amplio y suficiente, para atender todo lo relacionado con la proposición y con el procedimiento de licitación pública;

d) Descripción de las partes objeto del contrato que corresponderá cumplir a cada persona integrante, así como la manera en que se exigirá el cumplimiento de las obligaciones;

e) Estipulación expresa de que cada uno de los firmantes quedará obligado junto con los demás integrantes, ya sea en forma solidaria o mancomunada, según se convenga, para efectos del procedimiento de contratación y para el cumplimiento de las obligaciones del contrato, en caso de que se les adjudique el mismo, y

f) Precisar si la proposición conjunta es ofertada por grandes empresas o sin identificación de la estratificación de sus integrantes, si se trata de una proposición conjunta sostenible, o bien, si se trata de una proposición conjunta sostenible estratégica, adjuntando la documentación que lo avale;

\* III. En el acto de presentación y apertura de proposiciones el representante común de la agrupación deberá señalar que la proposición se presenta en forma conjunta. El convenio a que hace referencia la fracción II de este artículo se presentará con la proposición y, en caso de que a los licitantes que la hubieren presentado se les adjudique el contrato, dicho convenio, formará parte integrante del mismo como uno de sus anexos;

y

IV. Para cumplir con los ingresos mínimos, en su caso, requeridos por la convocante, se podrán sumar los correspondientes a cada una de las personas integrantes de la agrupación, y

V. Los demás que la convocante estime necesarios de acuerdo con las particularidades del procedimiento de contratación.

En el supuesto de que se adjudique el contrato a los licitantes que presentaron una proposición conjunta, el convenio indicado en la fracción II de este artículo y las facultades del apoderado legal de la agrupación que formalizará el contrato respectivo, deberán constar en escritura pública, salvo que el contrato sea firmado por todas las personas que integran la agrupación que formula la proposición conjunta o por sus representantes legales, quienes en lo individual, deberán acreditar su respectiva personalidad, o por el apoderado legal de la nueva sociedad que se constituya por las personas que integran la agrupación que formuló la proposición conjunta, antes de la fecha fijada para la firma del contrato, lo cual deberá comunicarse mediante escrito a la convocante por dichas personas o por su apoderado legal, al momento de darse a conocer el fallo o a más tardar en las veinticuatro horas siguientes.

Cuando existan causas justificadas para no aceptar la presentación de proposiciones conjuntas, se requerirá la autorización escrita de la persona titular del área requirente, en la cual deberán precisarse las razones para ello, particularmente los aspectos relativos a que con tal determinación no se limita la libre participación. Dicha autorización deberá formar parte del expediente de contratación respectivo.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

"El presente es una representación digital del formato FF-COFEPRIS-02, el cual se emite en cumplimiento del Artículo 200-Bis de la Ley General de Salud y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo"

Homoclave del formato

FF-COFEPRIS-02

Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS

Número de ingreso

2309085036X00071

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: COFEPRIS-05-036

Nombre: Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud

Modalidad: No Aplica

2. Datos del propietario

Persona física

RFC: .  
CURP:  
Nombre(s):  
Teléfono:  
Extensión:  
Correo electrónico:

Persona moral

RFC:  
MED170821DS1  
Denominación o razón social:  
MEDIRECT SA DE CV  
Representante legal o apoderado que solicita el trámite  
RFC:  
CURP:  
Nombre(s):  
EDUARDO ALCUDIA LABASTIDA  
Teléfono:  
5530963852  
Extensión:  
Correo electrónico:  
eduardo.alcudia@sanemos.mx

Domicilio fiscal del propietario

Código postal:  
03100

Tipo y nombre de vialidad:  
calle Eugenia

Número exterior:  
120

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros):

Del Valle Centro

Referencia:

Casa de color blanco y portón gris

Municipio o alcaldía:  
Benito Juárez

Entidad Federativa:  
Ciudad de México

Entre vialidad:  
calle Magdalena

Y vialidad:

Avenida de los Insurgentes

Vialidad posterior:  
Calle Tijuana

Teléfono:  
5530963852

Extensión:



"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

### 3. Datos del establecimiento

Nombre del establecimiento: GRUPO MEDICO SANEMOS

Clave y descripción del giro que corresponda al establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

| Clave SCIAN | Descripción del SCIAN                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------|
| 621111      | Consultorios de medicina general del sector privado      |
| 621511      | Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado |

### Horario de operaciones

| D | L | M | M | J | V | S | de | 07:00 | a | 22:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|---|-------|
|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|---|-------|

Fecha de inicio de operaciones: 13 / 03 / 2023

### Domicilio del establecimiento

Código postal:  
14080

Tipo y nombre de vialidad:  
CALZADA DE TLALPAN

Número exterior:  
4620

Número interior:

Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano (Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros): Barrio

Del Niño Jesús

Referencia:

Edificio con fachada roja

Municipio o alcaldía:  
Tlalpan

Entidad Federativa:  
Ciudad de México

Entre vialidad:  
Calle Miguel Hidalgo

Y vialidad:  
calle Ignacio Allende

Vialidad posterior:  
cerrada Catipoato

Teléfono:  
5556554964

Extensión:

### Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

RFC: [REDACTED]

CURP: [REDACTED]

Nombre(s): EDUARDO

Primer apellido: ALCUDIA

Segundo apellido: LABASTIDA

Teléfono: 5530963852

Extensión:

Correo electrónico: [eduardo.alcudia@sanemos.mx](mailto:eduardo.alcudia@sanemos.mx)

### 4. Datos de la ambulancia

|                                   |                                   |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Aérea       | <input type="radio"/> Marítima    | <input type="radio"/> Terrestre |
| <input type="radio"/> Nuevo       | <input type="radio"/> A modificar | <input type="radio"/> Baja      |
| <input type="radio"/> Sin cambios |                                   |                                 |
| Características                   | Ambulancia de cuidados intensivos | Ambulancia de urgencias         |
|                                   |                                   | Ambulancia de traslados         |

En este sentido, se pone disponible la versión pública de lo solicitado y nos permitimos informar que se testaron los siguientes datos personales como son: RFC, ya que su difusión puede afectar la esfera privada de las mismas atendiendo a los criterios de confidencialidad. Por lo que con fundamento en lo previsto por el artículo 115 párrafo primero y 120, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTIAPI), donde se refiere que se considera información confidencial, El artículo 115 párrafo primero La que contiene los datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable





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"  
CONVOCATORIA  
NÚMERO: IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026  
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTADAS SEGUNDA VUELTA

CIUDAD DE MÉXICO A 17 DE ABRIL DEL 2026.

**DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD,  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
PRESENTE.

C. CARLOS FRANCISCO ALCUDIA LABASTIDA, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE MEDIRECT, S.A. DE C.V., Y A FIN DE PARTICIPAR EN LA PRESENTE INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NÚMERO IA-050-GYR-050GYR036-N-14-2026, MI REPRESENTADA PRESENTA LOS DATOS GENERALES PARA LAS NOTIFICACIONES OFICIALES.

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL PARA RECIBIR NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES EN SU NOMBRE Y REPRESENTACIÓN: **CARLOS FRANCISCO ALCUDIA LABASTIDA**

CARGO: REPRESENTANTE LEGAL

DOMICILIO: AVENIDA BENJAMIN FRANKLIN NO. 186, COLONIA ESCANDON II SECCIÓN, MIGUEL HIDALGO, C.P. 11800, CIUDAD DE MÉXICO.

TELÉFONO (OFICINA Y CELULAR): 55 4085 5650

CORREO ELECTRÓNICO: sanemosimagenologia@gmail.com

ATENTAMENTE

**CARLOS FRANCISCO ALCUDIA LABASTIDA**  
REPRESENTANTE LEGAL  
MEDIRECT, S.A. DE C.V.

Clinica Sanemos Tlalpan  
Calle de Tlalpan 4620,  
Niño de Jesús, Tlalpan,  
Ciudad de México, C.P. 14080

Lic. Sanitaria 22AM-09-02-0003

T. 55 9135 1993

sanemos.mx

RFC: MED170821DS1





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"



CONVOCATORIA PARA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO  
SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE "TOMOGRAFÍAS  
AXIALES COMPUTADAS"

PUNTOS Y  
PORCENTAJES

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

### ANEXO NÚMERO 10

#### MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE \_\_\_\_\_, REPRESENTADA POR \_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL PARTICIPANTE A", Y POR OTRA \_\_\_\_\_, REPRESENTADA POR \_\_\_\_\_, EN SU CARÁCTER DE \_\_\_\_\_, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL PARTICIPANTE B", Y CUANDO SE HAGA REFERENCIA A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARÁN "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### 1.1 "EL PARTICIPANTE A", DECLARA QUE:

1.1.1 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA **(PÓLIZA)** NÚMERO \_\_\_\_\_, DE FECHA \_\_\_\_\_, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_\_ NOTARIO **(CORREDOR)** PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_\_, DEL \_\_\_\_\_, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE \_\_\_\_\_, EN EL FOLIO MERCANTIL \_\_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_\_.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD \_\_\_\_\_ **(SI/NO)** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

\_\_\_\_\_ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES  
\_\_\_\_\_.

1.1.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO \_\_\_\_\_ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

1.1.3 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL



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"



CONVOCATORIA PARA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO  
SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE "TOMOGRAFÍAS  
AXIALES COMPUTADAS"

PUNTOS Y  
PORCENTAJES

TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_, DEL \_\_\_\_ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, MANIFESTANDO "**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**", QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN \_\_\_\_\_.

1.1.4 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: \_\_\_\_\_; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

1.1.5 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN:

2.1 "EL PARTICIPANTE B", DECLARA QUE:

2.1.1 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EL TESTIMONIO **(PÓLIZA)** DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_\_, DE FECHA \_\_\_\_, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_ NOTARIO **(CORREDOR)** PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_, DEL \_\_\_\_, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD \_\_ **(SI/NO)** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

\_\_\_\_\_ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_\_.

2.1.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO \_\_\_\_\_ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

2.1.3 SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL



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"



**CONVOCATORIA PARA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO  
SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE "TOMOGRAFÍAS  
AXIALES COMPUTADAS"**

**PUNTOS Y  
PORCENTAJES**

PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. \_\_\_\_ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO \_\_\_\_, DEL \_\_\_\_ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO \_\_\_\_ DE FECHA \_\_\_\_, MANIFESTANDO **"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD"** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DE SU REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN

**2.1.4** SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: \_\_\_\_; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

**2.1.5** SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN:

**(MENCIONAR E IDENTIFICAR A CUÁNTOS INTEGRANTES CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUES**

**3.1**

**3.1.1** CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LA CONVOCATORIA A LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL \_\_\_\_.

**3.1.2** MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN LA LICITACIÓN, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DE LA LICITACIÓN Y CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 45, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 31 DE SU REGLAMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA.- OBJETO.- "PARTICIPACIÓN CONJUNTA".**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN, EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS PARA

Y



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"



**CONVOCATORIA PARA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO  
SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE "TOMOGRAFÍAS  
AXIALES COMPUTADAS"**

**PUNTOS Y  
PORCENTAJES**

PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_ Y CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A ENTREGAR LOS BIENES OBJETO DEL CONVENIO, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:

**PARTICIPANTE "A": (DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A SUMINISTRAR).**

**(CADA UNO DE LOS INTEGRANTES QUE CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS DEBERÁ DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A ENTREGAR).**

**SEGUNDA.- REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO.**

"LAS PARTES" ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO REPRESENTANTE COMÚN AL \_\_\_\_\_, A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SI EN CONSTITUIRSE EN FORMA CONJUNTA Y SOLIDARIA PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMAN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN \_\_\_\_\_, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL IMSS POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

**TERCERA.- DEL COBRO DE LAS FACTURAS.**

"LAS PARTES" CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE "EL PARTICIPANTE (LOS PARTICIPANTES, DEBERÁN INDICAR CUÁL DE ELLOS ESTARÁ FACULTADO PARA REALIZAR EL COBRO), PARA EFECTUAR EL COBRO DE LAS FACTURAS RELATIVAS A LOS BIENES QUE SE ENTREGUEN AL IMSS, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_.

**CUARTA.- VIGENCIA.**



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"



**CONVOCATORIA PARA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO MEDICO  
SUBROGADO PARA LA REALIZACIÓN DE "TOMOGRAFÍAS  
AXIALES COMPUTADAS"**

**PUNTOS Y  
PORCENTAJES**

**QUINTA.-**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ EL DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_, INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ÉSTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.

**OBLIGACIONES.**

**"LAS PARTES"** CONVIENEN EN QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SE DECLARE EN QUIEBRA O EN SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LAS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER SOLIDARIAMENTE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

**"LAS PARTES"** ACEPTAN Y SE OBLIGAN A PROTOCOLIZAR ANTE NOTARIO PÚBLICO EL PRESENTE CONVENIO, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DEL FALLO EMITIDO EN LA INVITACION A CUANDO MENOS TRES PERSONAS NACIONAL NÚMERO \_\_\_\_\_ EN QUE PARTICIPAN Y, QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO, DEBIDAMENTE PROTOCOLIZADO, FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO QUE SUSCRIBAN LOS REPRESENTANTES LEGALES DE CADA INTEGRANTE Y EL IMSS.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR **"LAS PARTES"** Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 200\_\_.

**"EL PARTICIPANTE A"**

**"EL PARTICIPANTE B"**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y CARGO  
DEL APODERADO LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y CARGO  
DEL APODERADO LEGAL**

Y

