



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN

A la proveeduría en general:

La UMAE Hospital de Gineco Obstetricia del CMNO como Entidad del Gobierno Federal, requiere para sus actividades de suministro, arrendamiento y/o prestación de servicios, mismas que se encuentran reguladas por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público [LAASSP] y su Reglamento, obtener información para contratar bajo las mejores condiciones disponibles para el Estado.

En este sentido y en términos de lo previsto en el artículo 2 fracción X de la LAASSP, su representada ha sido identificada por este ente público, como un posible prestador de servicio y/o proveedor.

Por lo antes mencionado y con el objeto de conocer: a).- la existencia bienes, arrendamientos o servicios a requerir en las condiciones que se indican; b).- posibles proveedores a nivel nacional o internacional; c).- el precio estimado de lo requerido, y d).- la capacidad de cumplimiento de los requisitos de participación, nos permitimos solicitar su valioso apoyo a efecto de proporcionarnos la información/cotización de los bienes y/o servicios y/o arrendamientos descritos en el documento anexo 1 [uno].

Dicha información/cotización se requiere remitirla mediante correo electrónico y que sea dirigida a nombre del LA. Francisco Javier Cabrera Chávez, Jefe del Departamento de Abastecimiento de la UMAE.

Mucho agradeceré que en su respuesta se incluya: Lugar y fecha de información/cotización y vigencia de la misma, considerando no menos de 20 días.

La fecha límite para presentar la información/cotización es el: 13 de diciembre del 2024 antes de las 14:00 horas.

SOLO SE CONSIDERARÁN PROPUESTAS RECIBIDAS MEDIANTE EL SISTEMA COMPRANET ANTES DE LA FECHA Y HORA SEÑALADAS

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia del CMNO con fundamento en lo previsto en el artículo 26 de la LAASSP, definirá el procedimiento a seguir para la contratación, el cual puede ser: LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS y/o ADJUDICACIÓN DIRECTA, mismo que se informará a las personas que presentaron su información/cotización.

Este documento no genera obligación alguna para la dependencia o entidad. En caso de definirse su contratación por Adjudicación directa, solo serán consideradas las cotizaciones recibidas mediante el sistema Compranet, notificándose en un plazo no mayor de 10 días hábiles posteriores a la recepción de su cotización mediante acta publicada en el expediente de la SDI.

De conformidad con el protocolo de actuación girado por la Función Pública, cualquier asunto relacionado con la presente Solicitud de Información, deberá de solicitarlo vía correo electrónico a la cuenta de [francisco.cabrerach@imss.gob.mx](mailto:francisco.cabrerach@imss.gob.mx) y [maria.hernandezsol@imss.gob.mx](mailto:maria.hernandezsol@imss.gob.mx), no se atenderán solicitudes vía telefónica.



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855


FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

En caso de requerir se le atienda personalmente, deberá de solicitar su cita al teléfono [0133] 3668-3000 con ext. 31855 o 31783, para lo cual deberá de considerar que toda cita será notificada al Órgano Interno de Control en el IMSS para su conocimiento y esta será video grabada

En espera de su amable participación, me despido aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
LIC. MARIA VERONICA HERNANDEZ SOLIS  
JEFA DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES  
U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE  
EN GUADALAJARA JALISCO



TEL: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

PARA FORMULAR SU INFORMACIÓN/COTIZACIÓN, SE DEBERÁ CONSIDERAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS Y LOS ADJUNTOS EN EL ANEXO TÉCNICO Y ANEXO 1:

- 1.- Los datos de los bienes, arrendamientos o servicios a cotizar (mismos que se especifican en el anexo 1 (uno) de la solicitud de información/cotización así como en los anexos publicados en compraNET).
- 2.- No se otorgara anticipo.
- 3.- Otras garantías que se debe considerar, indicar el o los tipos de garantía, o de responsabilidad civil señalando su vigencia.
- 4.- A fin de dar cumplimiento al artículo 34 del RLAASSP y artículo 3 fracción III de la ley para el desarrollo de la competitividad de la micro, pequeña y mediana empresa, el licitante presentará escrito donde manifiesten bajo protesta de decir verdad la clasificación que guarda, si es micro, pequeña o mediana, conforme al acuerdo por el que se establece la estratificación de este tipo de empresas publicado en el diario oficial de la federación el 30 de junio de 2009. para este caso podrá utilizarse el formato" estratificación de micro, pequeña o mediana empresa. **Anexo número 2**
- 5.- Formato De Proposición Económica **Anexo Número 3**
- 6.- Escrito bajo protesta de decir verdad, de no encontrarse sancionado como empresa. **Anexo Número 4**
- 7.- escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica. **Anexo Número 5**
- 6.- Deberá Manifiestar bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en los supuestos de los artículos 50 y 60, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. **Anexo Número 6.**
- 8.- Hoja De Acreditación **Anexo Número 7**
- 9.-Manifestación De Proveedor Artículo 49 Fracción IX De La Ley General De Responsabilidades Administrativas. **Anexo Número 8.**
- 10.- Escrito bajo protesta de decir verdad, en que se abstendrá por sí misma o a través de interpósita persona, de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás Licitante, conforme al **Anexo número 9**
- 11.- Para Personas Morales Acta Constitutiva, Para Personas Físicas Acta De Nacimiento
- 12.- Documento VIGENTE expedido por el IMSS, en el que emita opinión en sentido POSITIVO de cumplimiento con el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260220/64.P.DIR publicado en el DOF el 04 de mayo de 2023, en caso de que el licitante resulte asignado con un monto que exceda de \$ 300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 M.N.) de conformidad con la resolución de la miscelánea fiscal vigente, entregará la opinión del cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social vigente y positiva previo a la firma del contrato y durante su vigencia en la presentación de documentos para autorización y pago. [El documento deberá tener fecha de expedición por lo menos una semana antes de la apertura de proposiciones].
- 13.- Para participar, los contribuyentes estarán obligados a autorizar al Servicio de Administración Tributaria y a las autoridades fiscales federales en materia de seguridad social, para que hagan público el resultado de la opinión del cumplimiento, a través del procedimiento que establezcan dicho órgano desconcentrado y autoridades fiscales federales, mediante reglas de carácter general. Documento VIGENTE expedido por el SAT, en el que emita la opinión en sentido POSITIVO a nombre del participante, sobre el cumplimiento de las obligaciones fiscales, conforme a lo dispuesto por la Resolución Miscelánea Fiscal, o las que se encuentre vigentes al momento de la presentación de propuestas. [El documento deberá tener fecha de expedición por lo menos una semana antes de la apertura de proposiciones].
- 14.- Constancia de situación fiscal emitida por el INFONAVIT, con fundamento en el artículo 16 fracción XIX de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los trabajadores, mediante resolución RCA-5789-01/17, publicado en el DOF el 25 de enero del 2017. [El documento deberá tener fecha de expedición por lo menos una semana antes de la apertura de proposiciones].



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

15.- Con el propósito de fomentar la cultura de prevención de actos contrarios a la integridad e interés público, y con ello concretar los valores y principios que deben observar los Servidores Públicos en el desempeño de su empleo, cargo, comisión o función; el Instituto hace de su conocimiento que cuenta con mecanismos para reportar acciones que vulneren dichos valores y principios; como lo son:

Sistema de Registro de Presuntos Incumplimientos, Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés del IMSS "SIREPRICC".

Portal de Denuncia contra Servidores Públicos Federales de la Secretaría de la Función Pública.

CANALES DE DENUNCIA

<http://siapportal.imss.gob.mx/codigoetica/Login/Web/wfrAcceso.aspx>

<https://www.gob.mx/tramites/ficha/queja-o-denunciacontra-servidores-publicos-federales/SFP54>

16.- Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia del CMNO con fundamento en lo previsto en el artículo 26 de la LAASSP, definirá el procedimiento a seguir para la contratación, el cual puede ser: LICITACIÓN PÚBLICA, INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS y/o ADJUDICACIÓN DIRECTA, mismo que se informará a las personas que presentaron su información/cotización, considerando, que en caso de definirse como Adjudicación Directa, las ofertas recibidas serán consideradas para su asignación, formalizándose mediante contrato pedido. En caso de La no formalización de los contratos, por causas imputables al adjudicado ganador configura las causales previstas por los Artículos 59 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, por tanto, se notificará de dicha inobservancia al Órgano Interno de Control.

17.- La Vigencia del Contrato será a partir del 01 de enero del 2025 al 31 de Diciembre de 2025.

*[Handwritten signature]*



**2024**  
**Felipe Carrillo**  
**PUERTO**  
GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA

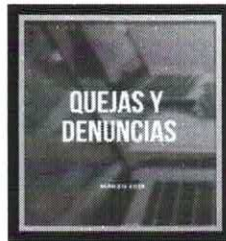


TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**CANALES DE DENUNCIA**



Con el propósito de fomentar la cultura de prevención de actos contrarios a la integridad e interés público, y con ello concretar los valores y principios que deben observar los Servidores Públicos en el desempeño de su empleo, cargo, comisión o función; el Instituto hace de su conocimiento que cuenta con mecanismos para reportar acciones que vulneren dichos valores y principios; como lo son:

Sistema de Registro de Presuntos Incumplimientos al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés del IMSS "SIREPRICC".

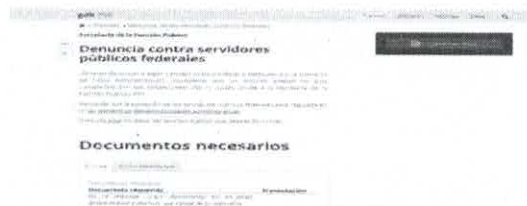
Portal de Denuncia contra Servidores Públicos Federales de la Secretaría de la Función Pública.



<http://siapportal.imss.gob.mx/codigoetica/Login/Web/wfrAcceso.aspx>



<https://www.gob.mx/tramites/ficha/queja-o-denuncia-contra-servidores-publicos-federales/SFP54>



*Handwritten signature*



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 1**

PARTIDA	DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DE LOS BIENES O SERVICIOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA
1	Productos de Medicina Magistral (dosificación de medicamentos en cápsulas)	Cápsulas	8,800	22,000

Al momento de recibir las dosificaciones se verificará por el área usuaria que los productos vengan dosificados de acuerdo con lo solicitado en miligramos o microgramos y deberán tener registro del lote y fecha de caducidad en cada frasco según corresponda.

**PROGRAMA DE ENTREGAS:**

La División de Neonatología entregará a la persona asignada por EL PROVEEDOR e identificada con credencial correspondiente y autorizado por su empresa, los medicamentos contemplados en el contrato en cantidad suficiente para la preparación de la dosificación de medicamentos que sean requeridos de acuerdo a las necesidades de dicho servicio y/o mensualmente, mediante acuse de entrega el cual contendrá registrada la cantidad del medicamento, substancia activa en miligramos, microgramos o mililitros, fecha de caducidad del fabricante referido en el empaque así como número de lote del medicamento, y será entregado por auxiliar de oficina de la División y/o por alguno de los tres jefes de área de la División. Los medicamentos se dosificarán serán de acuerdo con el siguiente listado:

Clave	Medicamento / presentación	Cantidad por preparar
010.000.1969.00	Azitromicina. Envase con 4 tabletas. Cada tableta contiene: azitromicina dihidratada equivalente a 500 mg de azitromicina.	Cápsulas de 10 mg cada una
010.000.1706.00	Ácido Fólico. Caja con 20 tabletas. Cada tableta contiene Ácido Fólico 5mg	Cápsulas de 100 microgramos cada una.
010.000.4185.00	Ácido ursodeoxicólico. Caja con 50 cápsulas. Cada Cápsula contiene: Acido ursodeoxicólico 250mg.	Preparar cápsulas de 10mg cada una.
010.000.2303	Acetazolamida. Envase con 20 tabletas. Cada tableta contiene 250mg	Preparar cápsulas de 25mg cada una.
010.000.2132.01	Claritromicina tabletas. Envase con 10 tabletas. Cada tableta contiene Claritromicina 250mg.	Preparar cápsulas de 15mg de cada una.
00010.000.575	Captopril. Envase con 30 tabletas. Cada tableta contiene Captopril 25mg.	Preparar cápsulas de 0.1 mg cada una.



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

010.000.2304.01	Espironolactona. Envase con 20 tabletas. Cada tableta contiene: Espironolactona 25mg.	Preparar cápsulas de 5mg cada una.
010.000.0570.01	Hidralazina caja con 20 tabletas. Cada tableta contiene Hidralazina 10mg.	Preparar cápsulas de 2mg cada una.
010.000.2301.01	Hidroclortiazida. Envase con 20 tabletas. Cada tableta contiene Hidroclortiazida 25mg.	Preparar cápsulas de 5mg cada una.
910.000.2617.01	Levetiracetam. Envase con 60 tabletas. Cada tableta contiene 500mg.	Preparar cápsulas de 20 mg cada una.
010.000.4308.02	Sildenafil. Envase con 4 tabletas. Cada tableta contiene Sildenafil 50mg.	Preparar cápsulas de 10mg cada una.
010.000.4290.01	Linezolid. Envase con 10 tabletas. Cada tableta contiene Linezolid 600mg.	Preparar cápsulas de 10mg cada una.
010.000.5075.01	Teofilina tabletas. Envase con 20 tabletas. Cada tableta contiene teofilina 100mg.	Preparar cápsulas de 20mg cada una.
010.000.5186.03	Omeprazol. Envase con 28 cápsulas. Cada cápsula contiene Omeprazol 20 mg.	Preparar cápsulas de 2 mg cada una.
010.000.0539.03	Propranolol. Envase con 30 tabletas. Cada tableta contiene Propranolol 10mg.	Preparar cápsulas de 0.5 mg cada una.
010.000.4373.00	Valganciclovir. Envase con 60 tabletas. Cada tableta contiene clorhidrato de valganciclovir 450mg.	Preparar cápsulas de 30 mg cada una.
010.000.5176.01	Sucralfato Envase con 40 tabletas. Cada tableta contiene Sucralfato 1 gramo.	Preparar cápsulas de 10mg cada una.
010.000.2307.00	Furosemida. Envase con 20 tabletas de 40mg.	Preparar cápsulas de 5mg cada una.
010.000.4184.00	Loperamida. Envase con 12 tabletas de 2mg.	Preparar cápsulas de 0.5mg cada una.

**FECHAS DE PRIMERA ENTREGA Y ENTREGAS SUBSECUENTES O UNA SOLA ENTREGA:**

Previo a la primera entrega del contrato el proveedor calculará la merma que se tiene contemplada durante el proceso de preparación de medicamentos sólidos (tabletas) y no afectar así la cantidad solicitada para el mes. La cantidad para preparar cada mes puede variar en función del consumo del medicamento disponible en el servicio ya que esto depende de la ocupación y de las necesidades de los pacientes hospitalizados y quedará establecido en la hoja de entrega recepción del medicamento a granel, manteniéndose dentro de los rangos planeados de mínimos y máximos del contrato.





TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

Licencia Sanitaria. Clasificación autorizada para Droguería.

NORMA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA QUE DEBEN CUMPLIR LOS BIENES O SERVICIOS Y DOCUMENTO CON EL QUE SE ACREDITARÁ EL CUMPLIMIENTO DE ESTA, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LA POLÍTICA 4.28. de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios [Clave 1000-001-014] IMSS.

1. Registro sanitario
2. Para bienes nacionales:
  - 2.1. Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación

La entrega del medicamento dosificado por el proveedor será en los próximos cinco (5) días naturales posterior a la fecha de entrega del medicamento a dosificar por la división de neonatología, en horario de 09:00 a 14:00 horas.

La recepción de los medicamentos dosificados por el proveedor se hará en la oficina de la División de neonatología y será recibido previa verificación de la entrega y cantidades relacionadas en documento de entrega del proveedor que contendrá nombre del medicamento, cantidades entregadas y dosificación de la substancia activa, número de lote del medicamento entregado y fecha de caducidad. Firmado por persona responsable por parte del proveedor y recibida y verificada por el auxiliar de oficina y firmado por jefe de servicio de UCIN, Neonatología o jefe de División de manera indistinta.

Los medicamentos vendrán rotulados con nombre, fecha de preparación, fecha de caducidad, contenido en miligramos, microgramos o mililitros según sea el caso de la substancia activa que contiene la dosificación.

En caso de recibir algún medicamento dañado que genere pérdida del producto será repuesto por el proveedor y no generará costo extra para el usuario.

En caso de que los medicamentos dosificados no cumplan con lo solicitado con el área requirente el usuario puede estar en posibilidades de no recibir el producto.

El usuario podrá solicitar al proveedor, el canje de los medicamentos que presenten defectos a simple vista o no cumplan con lo requerido en la solicitud correspondiente notificando lo anterior una vez que se haya percatado de la deficiencia al proveedor, el cual se obliga a efectuar el canje a más tardar en el siguiente horario inmediato establecido a la recepción de la notificación de la solicitud, sin costo para el área usuaria.

Los envases de las capsulas dosificadas exhibirán la fecha de caducidad en sus empaques. Los envases de las fórmulas magistrales exhibirán la fecha de caducidad en sus empaques.

El proveedor entregara al área usuaria el teléfono del centro de servicio para cualquier aclaración.

Durante la vigencia del contrato.

Al solicitar el servicio de dosificación se entregaran los medicamentos a dosificar mediante un recetario y oficio donde se consignan el lote, fecha de caducidad de cada medicamentos, así como la cantidad de medicamentos entregados y se registra la fecha de entrega y firma de usuario y proveedor, para verificar el cumplimiento del tiempo de entrega se registrara la fecha y la firma de usuario y proveedor, así como los medicamentos dosificados que coincidan con lo solicitado por el área usuaria.

*[Handwritten signature]*





TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 2**

Formato para la manifestación que deberán presentar las micro, pequeñas y medianas empresas, que participen con tal carácter en los procedimientos de contratación, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 34 del Reglamento de la Ley.

Nota: El Licitante presentará este manifiesto bajo protesta de decir verdad, en el caso de que no presente el documento expedido por autoridad competente que determine su estratificación como MiPyMe.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia C.M.N.O.  
Dirección Administrativa  
Departamento de Abastecimiento  
Convocante

Me refiero al procedimiento de \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ en el que mi representada, la empresa \_\_\_\_\_, participa a través de la presente proposición.

Al respecto y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que mi representada está constituida conforme a las leyes mexicanas, con Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_, y asimismo que considerando los criterios (sector, número total de trabajadores y ventas anuales) establecidos en el Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, mi representada tiene un Tope Máximo Combinado de \_\_\_\_\_ [1] \_\_\_\_\_, con base en lo cual se estatifica como una empresa \_\_\_\_\_ [2] \_\_\_\_\_.

De igual forma, declaro que la presente manifestación la hago teniendo pleno conocimiento de que la omisión, simulación o presentación de información falsa, son infracciones previstas por el artículo 8 fracciones IV y VIII, sancionables en términos de lo dispuesto por el artículo 27, ambos de la Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas, y demás disposiciones aplicables.

**ATENTAMENTE**

**NOMBRE Y FIRMA**  
**DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

- 1.- Señalar el número que resulte de la aplicación de la expresión: Tope Máximo Combinado = [Trabajadores] x10% + [Ventas anuales en millones de pesos] x 90%. Para tales efectos puede utilizar la calculadora MIPYME disponible en la página <http://www.comprasdegobierno.gob.mx/calculadora>  
Para el concepto "Trabajadores", utilizar el total de los trabajadores con los que cuenta la empresa a la fecha de la emisión de la manifestación.  
Para el concepto "ventas anuales", utilizar los datos conforme al reporte de su ejercicio fiscal correspondiente a la última declaración anual de impuestos federales, expresados en millones de pesos.
- 2.- Señalar el tamaño de la empresa [Micro, Pequeña o Mediana], conforme al resultado de la operación señalada en el numeral anterior.



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

Anexo Número 3

**PROPOSICIÓN ECONÓMICA**

PART.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	PRECIO OFERTADO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
1	DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS	CAPSULAS	8,800	22,000			
<b>SUBTOTAL</b>							
<b>IVA</b>							
<b>TOTAL</b>							



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 4**

Lugar y fecha

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia C.M.N.O.  
Dirección Administrativa  
Departamento de Abastecimiento  
Convocante

[\_\_\_\_\_nombre\_\_\_\_\_] en mi carácter de representante legal de la [\_\_\_\_\_nombre o razón social de la empresa\_\_\_\_\_], manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente:

Que mi representada no se encuentra sancionada como empresa

[Nombre y firma]  
[del Representante Legal].



TEL: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 5**

Lugar y fecha

Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
 Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia C.M.N.O.  
 Dirección Administrativa  
 Departamento de Abastecimiento  
 Convocante

[\_\_\_\_\_nombre\_\_\_\_\_] en mi carácter de representante legal de la [\_\_\_\_\_nombre o razón social de la empresa\_\_\_\_\_], manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente

Que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica.

[Nombre y firma]  
 [del Representante Legal].

*J*





TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 6**

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia C.M.N.O.  
Dirección Administrativa  
Departamento de Abastecimiento

[\_\_\_\_\_nombre\_\_\_\_\_] en mi carácter de representante legal de la [\_\_\_\_\_nombre o razón social de la empresa\_\_\_\_\_], manifiesto lo siguiente:

Bajo protesta de decir verdad manifiesto no encontrarme en los supuestos del artículo 50 y 60 de la ley, en términos.

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
[Nombre y firma del representante legal]



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 7**

**Acreditación**

\_\_\_\_\_ [nombre] manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente Licitación nombre y representación de: \_\_\_\_\_ [persona física o moral] no. de la Licitación \_\_\_\_\_.

Registro federal de contribuyentes: \_\_\_\_\_ número de proveedor \_\_\_\_\_

Domicilio.- los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del Proveedor o prestador de servicios)

Calle y número: \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ delegación o municipio: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ entidad federativa: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos local o 01 800: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
 Numero celular de contacto las 24 horas \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la persona con quien se coordinara la solicitud de órdenes de compra: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico representante legal: \_\_\_\_\_

No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ duración \_\_\_\_\_

Nombre, número y lugar del notario público ante el cual se protocolizó la misma: \_\_\_\_\_

Relación de socios o asociados.-  
 Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Descripción del objeto social: \_\_\_\_\_

Reformas al acta constitutiva que incidan con el objeto del procedimiento. \_\_\_\_\_

Fecha y datos de inscripción o folio mercantil, en el registro público correspondiente. \_\_\_\_\_

Nombre del apoderado o representante: \_\_\_\_\_

Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-  
 Escritura pública número: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre, número y lugar del notario público ante el cual se protocolizó la misma: \_\_\_\_\_  
 Fecha y datos de inscripción o folio mercantil en el registro público: \_\_\_\_\_

Asimismo, manifiesto que los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito con el Instituto, deberán ser comunicados a éste, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

(Lugar y fecha)  
 Protesto lo necesario  
 (Nombre y firma)





TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 8**

MEMBRETE DE LA EMPRESA

MANIFESTACIÓN DE PROVEEDOR

Artículo 49 Fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA CMNO.

Presente

Me refiero al procedimiento de ADJUDICACIÓN DIRECTA Número XX-50-GYR-050GYR079-N-XX-2025.

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que conozco el contenido del artículo 49 Fracción IX de la Ley General de responsabilidades Administrativas, por lo que el Representante Legal, Socios y/o accionistas que ejercen el control sobre la sociedad, no desempeñan empleo, cargo o comisión en el Servicio Público o, en su caso a pesar de desempeñarlo con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un Conflicto de Interés.

Nombre y Firma del Proveedor.



TEL.: 3668-3000 EXT. 31855

FECHA: 06/12/2024

**OBJETO DE LA SOLICITUD**  
**CONTRATACION DEL SERVICIO DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS**

**Anexo Número 9**

Lugar y fecha

Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Dirección de Administración  
 Unidad de Adquisiciones  
 Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios  
 Coordinación Técnica de Adquisición de Bienes de Inversión y Activos  
 División de Equipo y Mobiliario Médico  
 Presente

\_\_\_\_\_Nombre \_\_\_\_\_, en mi carácter de representante legal de la (Persona Física o Moral) \_\_\_\_\_, y en términos de la Adjudicación Directa Nacional, número \_\_\_\_\_, manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente:

Que mi representada se abstendrá por sí misma o a través de interpósita persona, de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.

[EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA, DEBERÁ SUSTITUIR EL PÁRRAFO ANTERIOR POR LO SIGUIENTE: "Me permito manifestar BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que me abstendré por sí mismo o a través de interpósita persona, de adoptar conductas que induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes; asimismo me abstendré por sí mismo o por interpósita persona, de llevar a cabo cualquier acto que implique trasgresión a las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento; así como a lo dispuesto en general por la Ley Federal de Competencia Económica." ] EN CASO DE NO SER PERSONA FÍSICA PODRA ELIMINAR ESTE PÁRRAFO.

Que, en caso de resultar adjudicado, me obligo a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel nacional o internacional.

Protesto lo necesario

\_\_\_\_\_  
 [Nombre y Firma del Apoderado o Representante Legal del Licitante]