



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO No. S6M0025

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00

CONTRATO ABIERTO PARA LA PRESTACION DEL **SERVICIO DE ESTUDIOS DE PATOLOGIA PARA DOS MESES DEL EJERCICIO FISCAL 2026**, CON CARÁCTER **NACIONAL** QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ADELANTE **"EL INSTITUTO"**, REPRESENTADO POR LA **DRA. EDITH JIMENEZ MARTINEZ**, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE Y APODERADA LEGAL, EN ADELANTE **"EL INSTITUTO"** Y, POR LA OTRA, **C. HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ**, EN LO SUCESIVO **"EL PROVEEDOR"**, Y EN FORMA CONJUNTA CON **"EL INSTITUTO"** SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### DECLARACIONES

I. **"El Instituto"** declara, a través de su representante legal, que:

I.1 Es un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social, como un servicio público de carácter nacional, en términos de los artículos 4º y 5º de la Ley del Seguro Social.

I.2 La **Dra. Edith Jiménez Martínez**, con R.F.C. [REDACTED], en su carácter de Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte y Apoderada Legal, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico, quien podrá ser sustituida en cualquier momento en su cargo o funciones, sin que ello implique la necesidad de elaborar convenio modificatorio, de conformidad con lo establecido en los artículos 251 A de la Ley de Seguro Social y 2, fracción IV, inciso a), 139, 144, fracciones I, XXIII, y XXXVI y 155 fracción XXX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública Número **31,023** de fecha **03 de diciembre de 2024** pasada ante la Fe del **Licenciado Eduardo Francisco García Villegas Sánchez Cordero**, Notario Público Número **248**, de la Ciudad de México, y que ha quedado debidamente inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio Mercantil **97-7-10122024-192742** de fecha **10 de diciembre de 2024** en cumplimiento a los artículos 24 y 25, fracción IV, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y manifiesta bajo protesta de decir verdad que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna.

I.3 El **Lic. Jose Antonio Hernandez Ramos**, con R.F.C. [REDACTED] Enc. de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, de **"El Instituto"**, interviene Como **Área Contratante**, en el Procedimiento del cual se deriva el presente instrumento jurídico, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, fracción I, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

I.4 De conformidad con los artículos 2, fracción IV y 129, penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, suscribe el presente instrumento la **Dra. María de los Ángeles Quiroz García**, con R.F.C. [REDACTED], Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud; en su carácter de **Administradora; designada para dar seguimiento y verificar** el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"El Proveedor"** para los efectos del presente contrato.

I.5 La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de Adjudicación Directa de carácter Nacional Electrónica, número **AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026**, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 35 fracción III, 36, 39 fracción I, 53, 55, 62, 65, 66, 67, 68 y 69 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y los correlativos de su Reglamento y en términos del Oficio de Asignación de fecha **17 de Marzo de 2026**, suscrito por el Lic. Jose Antonio Hernandez Ramos, Enc. de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, procedimiento de contratación requerido por la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. S6M0025**

**ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026**

**PATOLOGIA**

**CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00**

I.6 “El Instituto” cuenta con suficiencia presupuestaria otorgada mediante el Dictamen de Disponibilidad Presupuestal Previo con cuenta número 51331003 y folio **0000028014-2026**, **0000028003-2026**, de fecha 09 de Febrero de 2026, emitido por la Jefatura de Servicios de Finanzas.

I.7 Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes N° **IMS-421231-I45**.

I.8 Tiene establecido su domicilio en **Calle Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.**, mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.

II. “El Proveedor” declara que:

II.1 Es una persona **física**, de nacionalidad [REDACTED] lo que acredita con su acta de nacimiento, folio número [REDACTED] expedida en **Huimanguillo, Tabasco**, de fecha **04 de Junio de 1968** e identificación oficial consistente en credencial para votar expedida por el **Instituto Nacional Electoral**, con código de identificación [REDACTED] con vigencia al año **2026**, cuyas actividades consisten, en **1. Laboratorios médicos y de diagnóstico pertenecientes al sector privado**, entre otras.

II.2 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.

II.3 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 presente 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.

Asimismo, manifiesta que no desempeña un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentra inhabilitado para ello, o en su caso que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del presente contrato no se actualiza un conflicto de interés, en términos del artículo 49, fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

II.4 Bajo protesta de decir verdad, declara que conoce y se obliga a cumplir con el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo en materia de erradicación del Trabajo Infantil, del artículo 123 Constitucional, apartado A) en todas sus fracciones y de la Ley Federal del Trabajo en su artículo 22, manifestando que ni en sus registros, ni en su nómina tiene empleados menores de quince años y que en caso de llegar a tener a menores de dieciocho años que se encuentren dentro de los supuestos de edad permitida para laborar le serán respetados todos los derechos que se establecen en el marco normativo transcrito.

II.5 Cuenta con su Registro Federal de Contribuyentes **CUMH-680130-CE1**, asimismo, cuenta con Registro Patronal ante “El Instituto” número [REDACTED] y número de Proveedor 0000092315.

II.6 Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.

En caso de incumplimiento en sus obligaciones en materia de seguridad social, solicita se apliquen los recursos derivados del presente contrato, contra los adeudos que, en su caso, tuviera a favor de “El Instituto”.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00

II.7 Sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del Seguro Social, y al corriente en el pago de las cuotas obrero patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, cuyas constancias correspondientes debidamente emitidas por “El Instituto” se verificaron para efectos de la suscripción del presente instrumento jurídico.

II.8 Tiene establecido su domicilio en [REDACTED], mismo que señala para los fines y legales del presente contrato.

II.9 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 Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control en “El Instituto” y cualquier otra entidad fiscalizadora, deberá proporcionar la información relativa al presente contrato que en su momento se requiera, generada desde el procedimiento de adjudicación hasta la conclusión de la vigencia, a efecto de ser sujetos a fiscalización de los recursos de carácter federal.

### III. De “Las Partes”:

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

## CLÁUSULAS

### PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

“El Proveedor” acepta y se obliga a proporcionar a “El Instituto” la prestación del servicio de Estudios de Patología, en los términos y condiciones establecidos en la Investigación de Mercado, este contrato y los anexos que forman parte integrante del mismo y se enuncian a continuación:

|                |                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Anexo 1 (uno)  | “Plazo, lugar y condiciones de la prestación del Servicio”                  |
| Anexo 2 (dos)  | “Modelo de Póliza de Fianza para garantizar el cumplimiento de contrato”    |
| Anexo 3 (tres) | “Oficio de designación de administrador de contrato y Oficio de Asignación” |

### SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

“El Instituto” pagará a “El Proveedor” como contraprestación por los servicios objeto de este contrato, la cantidad mínima de **\$160,320.00 (CIENTO SESENTA MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.)** más impuestos por \$25,651.20 (VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS 20/100 M.N.) y un monto máximo de **\$400,800.00 (CUATROCIENTOS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)**, más impuestos que asciende a \$64,128.00 (SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS 00/100 M.N.).

El precio unitario es considerado fijo y en moneda nacional (peso) hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en la prestación del servicio contratado, por lo que “El Proveedor” no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato y los mismos se encuentran señalados en el Anexo 1 (uno).

### TERCERA. ANTICIPO

Para el presente contrato “El Instituto” no otorgará anticipo a “El Proveedor”.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

El pago se realizará en los plazos normados por la Dirección de Finanzas de la Delegación, en el “Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago”, sin que éstos rebasen los 17 (diecisiete) días hábiles posteriores a aquel en que el proveedor presente en las áreas financieras, el original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales, establecidos en la Ley de la materia y en la que se indique el servicio prestado, número de proveedor, número de contrato o pedido, en su caso, documento que ampara(n) dicho(s) servicio(s), número de fianza y denominación social de la Afianzadora, y opiniones de cumplimiento actualizadas, misma que deberá ser entregada en el:

El pago se realizará con moneda nacional, mediante transferencia electrónica de fondos a través del esquema electrónico Interbancario que el IMSS tiene en operación a través de la programación de pago de la factura en la oficina de trámite y erogaciones del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Veracruz Norte, Ubicado en Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro C.P. 91000 en Xalapa Veracruz.

“**El Proveedor**” deberá expedir sus CFDI en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación (CFF), así como las que emita el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a nombre de “El Instituto”, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145 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, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Ciudad de México.

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose de los bienes entregados, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte de la entrega de los bienes facturados.

De conformidad con el artículo 135 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, el Administrador del presente contrato o quien éste designe por escrito, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a “**El Proveedor**” presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.

El tiempo que “**El Proveedor**” utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

“**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.

“**El Proveedor**” deberá presentar la información y documentación que “**El Instituto**” le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de “**El Instituto**”.

Para el caso de que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 73, párrafo tercero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

“**El Proveedor**” se compromete a prestar a “**El Instituto**” el servicio que se mencionan en la **CLÁUSULA PRIMERA** del presente instrumento jurídico, dentro del plazo establecido, conforme al horario y los lugares que se indican en el **Anexo 1 (uno)**.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Durante la prestación del servicio, éste será sujeto a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se preste conforme a las características solicitadas.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas, **“El Instituto”** no dará por aceptado el servicio objeto de este instrumento jurídico.

**“El Proveedor”** se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar a **“El Instituto”** y/o a terceros.

#### **SEXTA. VIGENCIA.**

**“Las Partes”** convienen en que la vigencia del presente contrato será del **17 de Marzo de 2026 al 17 de Mayo 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 lo establecido en el artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, siempre que dichas modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente, pudiendo si se considera necesario efectuar la ampliación de la vigencia de este contrato. 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”**.

Para tal efecto, **“El Proveedor”** se obliga a entregar, en su caso, la modificación de la garantía, en términos de los artículos 136, último párrafo y 151, fracción II del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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 91, 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.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## OCTAVA. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS.

Para la prestación de los servicios materia del presente contrato, no se requiere que **“El Proveedor”** presente una garantía por la calidad de los mismos.

## NOVENA. GARANTÍAS.

### A. CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 69, fracción II, 70, fracción II de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 130, fracción III, 151 de su Reglamento, 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el numeral 5.5.5.1 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS, **“El Proveedor”** se obliga a constituir, se obliga a constituir una garantía **divisible** y en este caso se hará efectiva en proporción 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 del “Instituto Mexicano del Seguro Social”, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, sin incluir el I.V.A.

Dicha fianza deberá ser entregada a **“El Instituto”**, a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato.

En 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 5 (cinco 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 endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.

De conformidad con el artículo 151 del reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **“El proveedor”** podrá otorgar las garantías a que se refiere la Ley y su Reglamento, en alguna de las formas previstas en el artículo 48 de la Ley de Tesorería de La Federación en el caso de dependencias, o en las disposiciones aplicables tratándose de entidades.

Con fundamento en la fracción I del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la póliza de la fianza deberá contener, como mínimo, las siguientes previsiones y elaborarse de acuerdo al formato establecido en el presente contrato, Anexo 2 (dos).

- a) que la fianza se otorga atendiendo a todas las estipulaciones contenidas en el contrato;
- b) que para cancelar la fianza, será requisito contar con la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales;
- c) que la fianza permanecerá vigente durante el cumplimiento de la obligación que garantice y continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga al cumplimiento del contrato, así como durante la substanciación de todos los recursos legales o de los juicios que se interpongan y hasta que se dicte resolución definitiva que quede firme, y

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

d) que la afianzadora acepta expresamente someterse a los procedimientos de ejecución previstos en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para la efectividad de las fianzas, aún para el caso de que proceda el cobro de indemnización por mora, con motivo del pago extemporáneo del importe de la póliza de fianza requerida. Tratándose de dependencias, el procedimiento de ejecución será el previsto en el artículo 282 de la citada Ley, debiéndose atender para el cobro de indemnización por mora lo dispuesto en el artículo 283 de dicha Ley.

Conforme a lo estipulado en el numeral 5.5.5.5 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de **"El Instituto"**, la póliza de garantía de cumplimiento del contrato permanecerá en **"El Instituto"** hasta que proceda su liberación, o en su caso hacerla efectiva por incumplimiento en los bienes. Para tal efecto, **"El Proveedor"** deberá solicitar por escrito al área contratante su liberación.

El área contratante a su vez, solicitará mediante oficio dirigido al administrador del contrato, exprese en un término no mayor a treinta días naturales, si **"El Proveedor"** ha cumplido, en tiempo y forma a entera satisfacción de **"El Instituto"** con la totalidad de las obligaciones contraídas en el presente instrumento jurídico.

Prevía confirmación del cumplimiento de la totalidad de las obligaciones contractuales pactadas, la póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta a **"El Proveedor"** mediante autorización por escrito, con el fin de que pueda tramitar ante la afianzadora correspondiente su cancelación.

De conformidad con el artículo 66 fracción XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 126 fracción II de su Reglamento, la aplicación de la garantía de cumplimiento será por el monto **proporcional** de las obligaciones incumplidas, por lo que las obligaciones del presente contrato son **divisibles**.

**"El Proveedor"** queda obligado a entregar a **"El Instituto"** la póliza de garantía de cumplimiento, apegándose al formato agregado como Anexo 2 (dos), en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz.

**EJECUCIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.-** **"El Instituto"** llevará a cabo la ejecución de la garantía de cumplimiento del presente contrato en los casos siguientes:

1. Se rescinda administrativamente el presente contrato.
2. Durante su vigencia se detecten deficiencias, fallas o calidad inferior del servicio prestado, en comparación con lo ofertado.
3. Cuando en el supuesto de que se realicen modificaciones al presente contrato, **"El Proveedor"** no entregue en el plazo pactado el endoso o la nueva garantía, que ampare el porcentaje establecido para garantizar el cumplimiento del presente instrumento, de conformidad con la presente Cláusula.
4. Por cualquier otro incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del contrato será devuelta al proveedor una vez que el Instituto le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará al proveedor, siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato, para lo cual deberá de presentar mediante escrito la solicitud de liberación de la fianza en la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en Belisario Domínguez No. 15, Colonia Adalberto Tejeda, C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, la cual llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega de fianza.

Cuando la entrega de los bienes, se realice en el plazo de diez días naturales, **"El Proveedor"** quedará exceptuado de la prestación 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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00

## B) GARANTÍA PARA RESPONDER POR VICIOS OCULTOS.

“El Proveedor” deberá responder por los defectos, vicios ocultos y por la calidad de los bienes, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 75, párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 142, párrafo Tercero de su Reglamento.

“El Proveedor”, quedará liberado de su obligación, una vez que conste por escrito la recepción física de los servicios prestados, siempre y cuando “El Instituto” no haya identificado defectos o vicios ocultos en la calidad de los servicios prestados, así como cualquier otra responsabilidad en los términos de este Contrato y convenios modificatorios respectivos.

## DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “EL PROVEEDOR”.

“El Proveedor”, se obliga a:

- Prestar los servicios en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos.
- Cumplir con las especificaciones técnicas y de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos.
- 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.
- Proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno y el Órgano Interno de Control, de conformidad con el artículo 156 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- Mantener al corriente sus obligaciones fiscales durante la vigencia del presente contrato
- Entregar bimestralmente, las constancias de cumplimiento de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios.
- “El Proveedor” deberá incorporarse al Registro de Proveedores para la Integridad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (REPIIMSS), en un periodo no mayor a 30 días naturales posteriores a la formalización del contrato. La no integración al REPIIMSS en el periodo establecido, será considerado como un incumplimiento contractual con las consecuencias que establece la normatividad aplicable.

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

“El Instituto”, se obliga a:

- Otorgar las facilidades necesarias, a efecto de que “El Proveedor” lleve a cabo en los términos convenidos la prestación de los servicios objeto del contrato.
- Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma.
- Extender a “El Proveedor”, en caso de que lo requiera, por conducto del administrador del presente 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(es) del presente contrato a la **Dra. María de los Ángeles Quiroz Garcia**, con R.F.C. [REDACTED], Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud, quien dará seguimiento y verificará el cumplimiento de los derechos y obligaciones establecidos en este instrumento, por lo que indicará a “El Proveedor” las observaciones que se estimen pertinentes, quedando éste obligado a corregir las anomalías que le

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

sean indicadas, así como deficiencias en la prestación del servicio, de conformidad con lo establecido en el documento de designación de administrador del presente contrato y el artículo 129 penúltimo párrafo del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

En el caso de que se lleve a cabo un relevo institucional temporal o permanente con dicho servidor público de **“El Instituto”** tendrá carácter de ADMINISTRADOR DEL PRESENTE CONTRATO la persona que sustituya al servidor público en el cargo, conforme a la designación correspondiente, en términos de lo dispuesto en el artículo 138 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones.

Asimismo, **“El Instituto”** sólo aceptará el servicio materia del presente contrato y autorizará el pago del mismo previa verificación de las especificaciones requeridas, de conformidad con lo especificado en el presente contrato y sus correspondientes anexos.

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.

En tal virtud, **“El Proveedor”** manifiesta expresamente su conformidad de que hasta en tanto no se cumpla de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior, el servicio no se tendrá por aceptado por parte de **“El Instituto”**.

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

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

#### **DÉCIMA TERCERA. DEDUCCIONES.**

**“El Instituto”** aplicará deducciones al pago por el incumplimiento parcial o deficiente, en que incurra **“El Proveedor”** conforme a lo estipulado en las cláusulas del presente contrato y sus anexos respectivos, las cuales se calcularán por un **10 %** sobre el monto de los servicios, proporcionados en forma parcial o deficiente. Las cantidades a deducir se aplicarán en el CFDI o factura electrónica que **“El Proveedor”** presente para su cobro, en el pago que se encuentre en trámite o bien en el siguiente pago.

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

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

El cálculo de las deducciones correspondientes las realizará el administrador del contrato de **“El Instituto”**, cuya notificación se realizará por escrito o vía correo electrónico, dentro de los 30 días posteriores al incumplimiento parcial o deficiente.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

“El Instituto” aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la prestación del servicio, por el equivalente al 1.0%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, en el supuesto siguiente: (considerar importe del estudio, con objeto de cuantificar el monto del servicio prestado con atraso).

- Quando “El Proveedor” no proporcione los servicios que le hayan sido requeridos, en el plazo señalado en la presente convocatoria.
- Quando “El Proveedor” no realice dentro del plazo señalado de este contrato, los estudios que “El Instituto” haya solicitado para su reposición.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido en la presente convocatoria, que es del 1.0% (uno punto cero por ciento), aplicado al valor del servicio prestado con atraso, la que no deberá de ser mayor a la parte proporcional del importe de la garantía de cumplimiento de la partida. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

Por ningún concepto la aplicación de las penas convencionales podrá exceder el importe de la garantía de cumplimiento del contrato.

“El Proveedor” autorizará al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio licitante ganador.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 142, del Reglamento de la LAASSP, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

#### **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. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Para la adquisición de los bienes materia del presente contrato, no se requiere que “El Proveedor” contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.

#### **DÉCIMA SEPTIMA. TRANSPORTE.**

“El Proveedor” se obliga bajo su costa y riesgo, a transportar los bienes e insumos necesarios para la prestación del servicio, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en este instrumento o en sus Anexos.

#### **DÉCIMA OCTAVA. IMPUESTOS Y DERECHOS.**

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

“El Instituto” sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.

“El Proveedor”, en su caso, cumplirá con la inscripción de sus trabajadores en el régimen obligatorio del Seguro Social, así como con el pago de las cuotas obrero-patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social. “El Instituto”, a través del Área fiscalizadora competente, podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de dicha obligación.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**“El Proveedor”** que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, acepta que **“El Instituto”** las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la prestación del servicio objeto de este contrato.

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

**“El Proveedor”** no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **“El Instituto”** deslindando a éste de toda responsabilidad.

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

**“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.

Por lo anterior, **“El Proveedor”** manifiesta en este acto bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal del Derecho de Autor, ni a la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.

De presentarse alguna reclamación en contra de **“El Instituto”** por cualquiera de las causas antes mencionadas, la única obligación de éste será la de dar aviso en el domicilio previsto en este instrumento jurídico a **“El Proveedor”**, para que éste lleve a cabo las acciones necesarias que garanticen la liberación de **“El Instituto”** de cualquier controversia o responsabilidad, liberándolo de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal, fiscal o administrativa que, en su caso, se ocasione.

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.

Lo anterior de conformidad a lo establecido en el artículo 66, fracción XX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

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

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

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

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

**“El Proveedor”** se compromete a que la información considerada como confidencial no será utilizada para fines diversos a los autorizados con el presente contrato; asimismo, dicha información no podrá ser copiada o duplicada total o parcialmente en ninguna forma o por ningún medio, ni podrá ser divulgada a terceros que no sean usuarios

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

autorizados. De esta forma, **“El Proveedor”** se obliga a no divulgar o publicar informes, datos y resultados obtenidos objeto del presente instrumento, toda vez que son propiedad de **“El Instituto”**.

Cuando de las causas descritas en las cláusulas de CAUSALES DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO Y PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN y TERMINACIÓN ANTICIPADA, del presente contrato, concluya la vigencia del mismo, subsistirá la obligación de confidencialidad sobre el servicio establecido en este instrumento legal.

En caso de incumplimiento a lo establecido en esta cláusula, **“El Proveedor”** tiene conocimiento en que **“El Instituto”** podrá ejecutar o tramitar las sanciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, así como presentar las denuncias correspondientes de conformidad con lo dispuesto por el Libro Segundo, Título Noveno, Capítulos I y II del Código Penal Federal y demás normatividad aplicable.

De igual forma, **“El Proveedor”** se compromete a no alterar la información confidencial, a llevar un control de su personal y hacer de su conocimiento las sanciones que se aplicarán en caso de incumplir con lo dispuesto en esta cláusula, por lo que, en su caso, se obliga a notificar a **“El Instituto”** cuando se realicen actos que se consideren como ilícitos, debiendo dar inicio a las acciones legales correspondientes y sacar en paz y a salvo a **“El Instituto”** de cualquier proceso legal.

**“El Proveedor”** se obliga a poner en conocimiento de **“El Instituto”** cualquier hecho o circunstancia que en razón del servicio prestado sea de su conocimiento y que pueda beneficiar o evitar un perjuicio a la misma.

Asimismo, **“El Proveedor”** no podrá, con motivo del servicio que preste a **“El Instituto”**, utilizar la información a que tenga acceso, para asesorar, patrocinar o constituirse en consultor de cualquier persona que tenga relaciones directas o indirectas con el objeto de las actividades que lleve a cabo.

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.

## **VIGÉSIMA SEGUNDA. 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, **“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 del os gastos no recuperables previa solicitud y acreditamento, para lo cual **“El Proveedor”** deberá presentar dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la notificación del término de la suspensión, el CFDI y documentación de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

**“El Instituto”** pagará los gastos no recuperables, en moneda nacional (pesos mexicanos), dentro de los 45 (cuarenta y cinco) días naturales posteriores a la presentación de la solicitud debidamente fundada y documentada de **“El Instituto”** así como del CFDI o factura electrónica respectiva y documentación soporte.

En caso de que **“El Proveedor”** no presente en tiempo y forma la documentación requerida para el trámite de pago, la fecha de pago se recorrerá el mismo número de días que dure el retraso.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

El plazo de suspensión será fijado por **“El Instituto”**, a cuyo término en su caso, podrá iniciarse la terminación anticipada del presente contrato, o bien, podrá continuar produciendo todos los efectos legales, una vez que hayan desaparecido las causas que motivaron dicha suspensión.

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

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

**“El Instituto”** cuando concurren razones de interés general, de común acuerdo o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **“El Instituto”**, o se determine la nulidad 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 Anticorrupción y Buen Gobierno, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **“El Instituto”**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.

Cuando **“El Instituto”** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a **“El Proveedor”** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen que precise las razones o las causas justificadas que le dieron origen a la misma, una vez notificada la terminación anticipada, se extinguirá el contrato, lo que dará lugar a formalizar el finiquito entre las partes.

En el finiquito se harán constar los pagos que, en su caso, deba efectuar **“El Instituto”** por concepto de los servicios prestados hasta el momento de la terminación anticipada, además, en su caso, pactará en el mismo el reembolso al proveedor de los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que estos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato.

#### **VIGÉSIMA CUARTA. RESCISIÓN.**

**“El Instituto”** podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **“El Proveedor”** incurra en alguna de las siguientes causales:

1. Contravenir los términos pactados para la prestación de los servicios, establecidos en el presente contrato;
2. Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
3. Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **“El Instituto”**;
4. Suspender total o parcialmente y sin causa justificada la prestación de los servicios del presente contrato;
5. No realizar la prestación de los servicios en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
6. No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
7. Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
8. En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
9. No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo;
10. Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

11. No presentar bimestralmente, las constancias de la inscripción y pago de cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social del personal que utilice para la prestación de los servicios;
12. En caso de que la suma de las penas convencionales exceda el 20% del monto total del contrato.
13. Cuando la suma de las deducciones al pago, excedan el límite máximo establecido para las deducciones;
14. Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **“El Instituto”** en los términos de lo dispuesto en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** del presente instrumento jurídico;
15. Impedir el desempeño normal de labores de **“El Instituto”**;
16. Cambiar su nacionalidad por otra e invocar la protección de su gobierno contra reclamaciones y órdenes de **“El Instituto”**, cuando sea extranjero, y
17. No presentar la opinión favorable de sus obligaciones fiscales, durante la vigencia del presente contrato.
18. Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.

**“El Instituto”**, en términos de lo dispuesto en el artículo 77 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 144 y 145 del Reglamento, podrá rescindir administrativamente el presente contrato en cualquier momento, cuando **“El Proveedor”** incurra en incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, de conformidad con el procedimiento siguiente:

- a) Para el caso de optar por la rescisión del contrato, **“El Instituto”** comunicará por escrito a **“El Proveedor”** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.
- b) 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”**, bajo su responsabilidad, podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.

Si previamente a la determinación de dar por rescindido este contrato, **“El Proveedor”** proporciona el servicio, el procedimiento iniciado quedará sin efectos, previa aceptación y verificación de **“El Instituto”** por escrito, de que continúa vigente la necesidad de contar con el servicio y aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.

**“El Instituto”** podrá determinar no dar por rescindido este contrato, cuando durante el procedimiento advierta que dicha rescisión 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 rescindir 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. Lo anterior se llevará a cabo a través de un convenio modificatorio en el que se atenderá a las condiciones previstas en los dos últimos párrafos del artículo 74 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 facultado 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 del Sector Público.

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

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

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

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

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

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

#### **VIGÉSIMA SEXTA. DISCREPANCIAS.**

**“Las Partes”** convienen que, en caso de discrepancia entre la Investigación de Mercado, y el presente contrato, prevalecerá lo establecido en la Investigación de Mercado, junta de aclaraciones respectiva, en caso de aplicar, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 126 fracción IV, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

#### **VIGÉSIMA SEPTIMA. CONCILIACIÓN.**

**“Las Partes”** acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato se someterán al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 109, 110, 111 y 112 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 186 a 196 de su Reglamento y al Decreto por el que se establecen las acciones administrativas que deberá implementar la Administración Pública Federal para llevar a cabo la conciliación o la celebración de convenios o acuerdos previstos en las leyes respectivas como medios alternativos de solución de controversias, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de abril de 2016.

La solicitud de conciliación se presentará mediante escrito, el cual contendrá los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, además, hará referencia al número de contrato, al servidor público encargado de su administración, objeto, vigencia y monto del contrato, señalando, en su caso, sobre la



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

**CONTRATO No. S6M0025**

**ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA**

**AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026**

**PATOLOGIA**

**CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00**

existencia de convenios modificatorios, debiendo adjuntar copia de los instrumentos consensuales debidamente suscritos.

#### **VIGÉSIMA OCTAVA. DOMICILIOS.**

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

#### **VIGESIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE.**

“Las Partes” se obligan a sujetarse estrictamente para la prestación del servicio 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; al Código Civil Federal; la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; al Código Federal de Procedimientos Civiles; a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, el Acuerdo por el que se expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones y a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

#### **TRIGÉSIMA. JURISDICCIÓN.**

“Las Partes” convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales competentes ubicados en Xalapa, Veracruz, renunciando expresamente al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.

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

**Por:  
“El Instituto”**

| <b>NOMBRE</b>                                 | <b>CARGO</b>                                                                                                                                                    | <b>R.F.C.</b> |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Dra. Edith Jiménez Martínez</b>            | Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional en Veracruz Norte                                                                        |               |
| <b>Lic. Lic. Jose Antonio Hernandez Ramos</b> | Área Contratante<br>Enc. de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional en Veracruz Norte |               |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO No. S6M0025

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00

Dra. María de los Ángeles Quiroz  
Garcia

Administrador del Contrato

Coordinadora de Prevención y Atención a la  
Salud

Por “El Proveedor”

NOMBRE

R.F.C.

C. Hector Armando Cuevas Mendez

CUMH-680130-CE1

ELIMINADO: R.F.C.  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Anexo 1 (uno)

### “Plazo, Lugar y Condiciones de la Prestación del Servicio”

#### CONDICIONES DE PATOLOGIA

- El Proveedor proporcionará los servicios, ajustándose justa, exacta y cabalmente a lo indicado en la solicitud de servicios subrogados y a los señalado en lo que le corresponda según de estas bases.
- El Proveedor proporcionará alternativa de atención del servicio requerido en el caso de no poderlo prestar en sus instalaciones ó señalar que absorberá los gastos generados que el Instituto erogare por obtener el servicio requerido en tiempo; estos casos de excepción no excederán el 10 % (diez por ciento) del monto contratado. Debiendo entregar carta "Bajo Protesta de Decir Verdad".
- Las solicitudes de servicio de subrogación podrán incluir cualquier estudio de los enunciados en cada una de las partidas hasta agotar su presupuesto y/o su vigencia del contrato.
- **Las muestras deben recogerse en el laboratorio de Patología del Hospital por parte del licitante ganador los días que determine la unidad médica de 09:00 a 14:30 horas.**
- El responsable de la selección de la muestra será el patólogo responsable del caso y la entrega la efectuará el personal administrativo mediante un listado en el que conste la entrega correspondiente la pieza quirúrgica, material citológico y/o biopsia a analizar.
- Las técnicas y procedimientos realizados en los laboratorios se sujetarán a los principios científicos que los sustenten.
- El Instituto requiere que los registros y resultado de los estudios por derechohabiente se conserven durante el periodo de vigencia del contrato. Y sean enviados por correo al Director Médico de la Unidad, al Jefe del Servicio Médico y al patológico responsable del caso en cuanto se tengan.
- El Instituto requiere que los bloques y láminas sean reintegrados al servicio de anatomía patológica ya que constituye parte del archivo clínico del paciente así mismo se deberán adjuntar las laminillas que fueron marcadas mediante la técnica
- El Instituto requiere que los estudios se realicen dentro de un término de 5 (cinco) días hábiles a partir de la fecha en que se recolecte la muestra.
- La recolección de muestra para estudios de patología será responsabilidad del Proveedor de servicio y deberá de suministrar los insumos necesarios para su transporte (cajas).
- El Proveedor deberá contar con la infraestructura adecuada para brindar la prestación del servicio.
- El Proveedor deberá cumplir con lo dispuesto en la materia por la Secretaría de Salud y por las normas oficiales vigentes aplicadas a esta especialidad y/o servicio y, en su caso, presentar los permisos correspondientes.
- La entrega de los resultados deberá ser 5 (cinco) días hábiles después de su recolección.
- Tratándose de estudios urgentes, el tiempo considerado deberá ser de 3 (tres) días.
- El Instituto deberá enviar la solicitud de estudio de patología junto con la muestra y la solicitud deberá de contar con nombre correcto, afiliación correcta, edad del paciente, tiempo de evolución, datos clínicos y diagnóstico presuntivo.
- Deberán ser entregadas con una copia de la solicitud del médico, la cual deberá ir bien requisitado con nombre correcto, número de afiliación, diagnóstico y datos clínicos correspondientes al caso del paciente.
- El Proveedor deberá comprobar que cuenta con condiciones de capacidad técnica y de insumos para el proceso de la muestra por tratarse de piezas anatómicas únicas y que no pueden reemplazarse, y responderá ante un caso legal en caso de alguna eventualidad adversa, presentando su aviso de funcionamiento, y responsable sanitario así como marco fotográfico.
- El Proveedor aceptará supervisiones en el momento y situación que el Instituto determine a fin de evaluar la calidad de los servicios subrogados, de acuerdo a lo dispuesto en la materia por la Secretaria de Salud y por las Normas Oficiales vigentes aplicables a este servicio

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- En este Anexo, se indican las zonas con sus respectivas unidades médicas de servicio y las características del servicio a contratar para cubrir las necesidades de los derechohabientes del Instituto de la OOAD Veracruz –Norte.
- El Proveedor se obliga a entregar al Instituto al término del estudio realizado, el resultado del mismo por escrito, motivo de éste contrato; mismos que deberán corresponder justa, exacta y cabalmente a los requeridos.

| SERVICIO:      |           | PATOLOGIA                                                                          |                           | ZONA                  |                                             | HGZ 11                                                                |                                                                       |          |
|----------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|
| CLAVE<br>CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                                                               | NO.<br>PRUEBAS<br>MINIMAS | NO.PRUEBAS<br>MAXIMAS | PRECIO<br>UNITARIO<br>SIN INCLUIR<br>EL IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE LA<br>CANTIDAD<br>MINIMA SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE LA<br>CANTIDAD<br>MAXIMA SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | APENDICE CECAL                                                                     | 3                         | 8                     | 650.00                                      | 1950.00                                                               | 5200.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | LIPOMA                                                                             | 2                         | 5                     | 550.00                                      | 1100.00                                                               | 2750.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TEJIDO HEMORROIDAL                                                                 | 1                         | 3                     | 550.00                                      | 550.00                                                                | 1650.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | FISTULA ANAL                                                                       | 1                         | 3                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 1500.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE CERVIX                                                                  | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 500.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCICIONALES<br>DE MAMA                                                    | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 500.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIAS ENDOSCOPIA                                                                | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 1000.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | CANCER DE PIEL ( BASOCELULAR,<br>EPIDERMIOIDE,<br>MELANOMAS, TUMORES<br>DE ANEXOS) | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 1000.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | CONDUCTOS<br>DEFERENTES                                                            | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 1000.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS<br>LINFATICO VARIAS<br>LOCALIZACIONES                          | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 500.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                                                                | 2                         | 4                     | 950.00                                      | 1900.00                                                               | 3800.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | OFERECTOMIA RADICAL                                                                | 1                         | 1                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 950.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                                                       | 1                         | 1                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 950.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL<br>DE COLON, GANGLIOS Y<br>EPIPLON                           | 1                         | 8                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 7600.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESECCION<br>TRANSSURETRAL DE<br>PROSTATA                                          | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 500.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESTO OVULO<br>PLACENTARIOS                                                        | 2                         | 4                     | 500.00                                      | 1000.00                                                               | 2000.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS<br>BLANDOS (SARCOMA)                                            | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 500.00                                                                |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                                                    | 10                        | 25                    | 650.00                                      | 6500.00                                                               | 16250.00                                                              |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIPSIA DE OVARIO                                                                   | 2                         | 6                     | 600.00                                      | 1200.00                                                               | 3600.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL<br>MODIFI                                                     | 1                         | 2                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 1900.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | CONO CERVICAL POR<br>ASA                                                           | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                | 1000.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | HEMITIROIDECTOMIA                                                                  | 1                         | 8                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 7600.00                                                               |          |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | NEFRECTOMIS SIMPLE                                                                 | 1                         | 2                     | 950.00                                      | 950.00                                                                | 1900.00                                                               |          |
|                |           |                                                                                    |                           |                       |                                             | SUB TOTAL                                                             | 24900.00                                                              | 64150.00 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                      | ZONA                |                    | HGZ 11                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
|             |           |                      |                     |                    | IVA                                | 3984.00                                                | 10264.00                                               |
|             |           |                      |                     |                    | TOTAL                              | 28884.00                                               | \$ 74,414.00                                           |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                 | ZONA                |                    | HGZ 24                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|---------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS            | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                   | 5                   | 12                 | 650.00                             | 3250.00                                                | 7800.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE CERCIX               | 3                   | 8                  | 500.00                             | 1500.00                                                | 4000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                | 2                   | 6                  | 250.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                 | 5                   | 13                 | 500.00                             | 2500.00                                                | 6500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA EDOMETRIAL              | 6                   | 14                 | 650.00                             | 3900.00                                                | 9100.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA EXCIONALES DE MANA      | 3                   | 8                  | 500.00                             | 1500.00                                                | 4000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA DE OVARIO                    | 2                   | 5                  | 600.00                             | 1200.00                                                | 3000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA     | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL             | 4                   | 10                 | 950.00                             | 3800.00                                                | 9500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFI     | 3                   | 7                  | 950.00                             | 2850.00                                                | 6650.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESECCIOÓN INTESTITNAL DE COLON | 3                   | 8                  | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | UTERO                           | 3                   | 8                  | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                 | 4                   | 10                 | 650.00                             | 2600.00                                                | 6500.00                                                |
|             |           |                                 |                     |                    | SUB TOTAL                          | 30300.00                                               | 75250.00                                               |
|             |           |                                 |                     |                    | IVA                                | 4848.00                                                | 12040.00                                               |
|             |           |                                 |                     |                    | TOTAL                              | 35148.00                                               | \$ 87,290.00                                           |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA   |                      | ZONA                |                    | HGZ 26                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-------------|----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO    | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA A | APENDICE CECAL       | 2                   | 5                  | 650.00                             | 1300.00                                                | 3250.00                                                |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| SERVICIO:      | PATOLOGIA | ZONA                                                | HGZ 26                    |                       |                                             |                                                                          |                                                                          |
|----------------|-----------|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| CLAVE<br>CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O<br>PRUEBAS                             | NO.<br>PRUEBAS<br>MINIMAS | NO.PRUEBAS<br>MAXIMAS | PRECIO<br>UNITARIO<br>SIN INCLUIR<br>EL IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MINIMA SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MAXIMA SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | AMIGDALAS                                           | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | LIPOMA                                              | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TEJIDO HEMORROIDAL                                  | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA CERVIX                                      | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCICIONALES DE MAMA                        | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                 | 1                         | 1                     | 650.00                                      | 650.00                                                                   | 650.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | CONDUCTOS DEFERENTES                                | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICO VARIAS LOCALIZACIONES | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                                 | 1                         | 2                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 1900.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON  | 1                         | 1                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 950.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA                  | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                            | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS (SARCOMA)                | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                                    | 1                         | 1                     | 250.00                                      | 250.00                                                                   | 250.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                   | 1                         | 2                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 1900.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                    | 1                         | 2                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 1900.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                     | 1                         | 1                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 950.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | NEVO                                                | 1                         | 1                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 500.00                                                                   |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS                                      | 1                         | 3                     | 950.00                                      | 950.00                                                                   | 2850.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                     | 2                         | 4                     | 650.00                                      | 1300.00                                                                  | 2600.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | APENDICECTOMIA                                      | 1                         | 2                     | 650.00                                      | 650.00                                                                   | 1300.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                     | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                     | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                  |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HEPATICA                                 | 1                         | 2                     | 500.00                                      | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                  |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| SERVICIO:   |           | PATOLOGIA                                | ZONA                |                    | HGZ 26                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                     | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES            | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO          | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CONO BIOPSIA DE CUELLO UTERINO           | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                 | 1                   | 2                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | FIBROMA                                  | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                               | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFICADA          | 1                   | 2                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL       | 1                   | 2                  | 200.00                             | 200.00                                                 | 400.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | QUISTE SINOVAL                           | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | SENO MAXILAR                             | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TESTICULO                                | 1                   | 2                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TUMOR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUEÑAS | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| SUB TOTAL   |           |                                          |                     |                    |                                    | 18450.00                                               | 33700.00                                               |
| IVA         |           |                                          |                     |                    |                                    | 2952.00                                                | 5392.00                                                |
| TOTAL       |           |                                          |                     |                    |                                    | 21402.00                                               | \$ 39,092.00                                           |

| SERVICIO:   |           | PATOLOGIA                                          | ZONA                |                    | HGZ 28                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|----------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                               | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULAS                                          | 6                   | 15                 | 650.00                             | 3900.00                                                | 9750.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE CERVIX                                 | 1                   | 3                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | PROSTATAS                                          | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON | 1                   | 2                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |           |                                              |   |    |           |          |              |
|------------|-----------|----------------------------------------------|---|----|-----------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CA BASO CELULAR                              | 2 | 4  | 500.00    | 1000.00  | 2000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE ENDOMETRIO                        | 2 | 5  | 650.00    | 1300.00  | 3250.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE OVARIO                            | 1 | 3  | 600.00    | 600.00   | 1800.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                          | 3 | 8  | 950.00    | 2850.00  | 7600.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL                       | 1 | 2  | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                            | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | APENDICES                                    | 3 | 7  | 650.00    | 1950.00  | 4550.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE HIGADO                           | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE RIÑON                            | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOSCOPIA                           | 2 | 4  | 500.00    | 1000.00  | 2000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA               | 2 | 5  | 450.00    | 900.00   | 2250.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIAS EXCISIONALES DE MAMA                | 1 | 3  | 500.00    | 500.00   | 1500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CA EPIDERMIOIDE                              | 5 | 13 | 500.00    | 2500.00  | 6500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CERVICALES, INGUINALES Y/O RETO PERITONEALES | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO              | 1 | 2  | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICO                | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA                  | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMITIROIDECTOMIA TOTAL                      | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | LIQUIDO DE ASCITIS                           | 1 | 2  | 150.00    | 150.00   | 300.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFI                  | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MASECTOMIA UNILATERAL SIMPLE                 | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MELANOMA                                     | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | OFORECTOMIA RADICAL                          | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                 | 1 | 2  | 950.00    | 950.00   | 1900.00      |
|            |           |                                              |   |    | SUB TOTAL | 28300.00 | 57550.00     |
|            |           |                                              |   |    | IVA       | 4528.00  | 9208.00      |
|            |           |                                              |   |    | TOTAL     | 32828.00 | \$ 66,758.00 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| SERVICIO:      | PATOLOGIA |                                                      | ZONA                      |                       | HGZ 33                                         |                                                                             |                                                                             |
|----------------|-----------|------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| CLAVE<br>CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O<br>PRUEBAS                              | NO.<br>PRUEBAS<br>MINIMAS | NO.PRUEBAS<br>MAXIMAS | PRECIO<br>UNITARIO<br>SIN<br>INCLUIR<br>EL IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MINIMA<br>SIN<br>INCLUIR<br>EL IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MAXIMA<br>SIN<br>INCLUIR<br>EL IVA |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                      | 13                        | 33                    | 650.00                                         | 8450.00                                                                     | 21450.00                                                                    |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS                                       | 13                        | 33                    | 950.00                                         | 12350.00                                                                    | 31350.00                                                                    |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | LIPOMAS                                              | 7                         | 17                    | 500.00                                         | 3500.00                                                                     | 8500.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                                        | 5                         | 13                    | 650.00                                         | 3250.00                                                                     | 8450.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES                        | 1                         | 3                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1500.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                      | 1                         | 1                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 500.00                                                                      |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                      | 3                         | 7                     | 950.00                                         | 2850.00                                                                     | 6650.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                      | 2                         | 5                     | 500.00                                         | 1000.00                                                                     | 2500.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                             | 1                         | 3                     | 950.00                                         | 950.00                                                                      | 2850.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                    | 1                         | 3                     | 950.00                                         | 950.00                                                                      | 2850.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                  | 3                         | 8                     | 650.00                                         | 1950.00                                                                     | 5200.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                     | 1                         | 2                     | 950.00                                         | 950.00                                                                      | 1900.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | QUISTE SINOVIAL                                      | 1                         | 3                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1500.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | TUMOR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUELAS             | 1                         | 2                     | 200.00                                         | 200.00                                                                      | 400.00                                                                      |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                  | 1                         | 3                     | 650.00                                         | 650.00                                                                      | 1950.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | CONDUCTO DEFERENTES                                  | 1                         | 2                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICOS VARIAS LOCALIZACIONES | 1                         | 2                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                                    | 1                         | 2                     | 950.00                                         | 950.00                                                                      | 1900.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                             | 1                         | 2                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                         | 1                         | 2                     | 950.00                                         | 950.00                                                                      | 1900.00                                                                     |
| 33901-0007     | PATOLOGIA | FIBROMA                                              | 1                         | 3                     | 500.00                                         | 500.00                                                                      | 1500.00                                                                     |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |           |                                    |   |   |           |          |              |
|------------|-----------|------------------------------------|---|---|-----------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CON BIOPSIA DE CUELLO UTERINO      | 2 | 5 | 500.00    | 1000.00  | 2500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEVO                               | 3 | 7 | 500.00    | 1500.00  | 3500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA HEPATICA                   | 1 | 2 | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | AMIGDALAS                          | 1 | 1 | 200.00    | 200.00   | 200.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                   | 1 | 2 | 950.00    | 950.00   | 1900.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CARCINOMA BUSQUEDA DE PRIMARIO     | 1 | 2 | 200.00    | 200.00   | 400.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                         | 1 | 2 | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL | 1 | 2 | 250.00    | 250.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TESTICULO                          | 1 | 2 | 950.00    | 950.00   | 1900.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | SENO MAXILAR                       | 1 | 2 | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
|            |           |                                    |   |   | SUB TOTAL | 24700.00 | 58450.00     |
|            |           |                                    |   |   | IVA       | 3952.00  | 9352.00      |
|            |           |                                    |   |   | TOTAL     | 28652.00 | \$ 67,802.00 |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                | ZONA                |                    | HGZ 36                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|--------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS           | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA CERVIX                 | 4                   | 9                  | 500.00                             | 2000.00                                                | 4500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA HIGADO                 | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA OVARIO                 | 2                   | 6                  | 600.00                             | 1200.00                                                | 3600.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS ENDOSCOPIA            | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA | 1                   | 3                  | 450.00                             | 450.00                                                 | 1350.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCICIONALES DE MAMA   | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA BASOCELULAR                 | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA EPIDERMOIDE                 | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |           |                                                                              |   |    |           |          |             |
|------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|---|----|-----------|----------|-------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ESTUDIOS DE GANGLIOS LINFATICOS (CERVICAKES, INGINALES Y/O RETOPERITONEALES) | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA                                                  | 1 | 2  | 500.00    | 500.00   | 1000.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | EMITIROIDECTOMIA                                                             | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA                                                                | 3 | 7  | 950.00    | 2850.00  | 6650.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | LIQUIDO DE ASCITIS                                                           | 1 | 1  | 200.00    | 200.00   | 200.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEFRECTOMA                                                                   | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | OFORECTOMIA                                                                  | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                                                 | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | PROSTECTOMIA TOTAL                                                           | 2 | 5  | 500.00    | 1000.00  | 2500.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON                           | 1 | 1  | 950.00    | 950.00   | 950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL                                                       | 1 | 2  | 500.00    | 500.00   | 1000.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS (SARCOMA)                                         | 1 | 1  | 500.00    | 500.00   | 500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | APENDICE CECAL                                                               | 1 | 3  | 650.00    | 650.00   | 1950.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                                              | 1 | 2  | 950.00    | 950.00   | 1900.00     |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | VESICULA VILIAR                                                              | 7 | 17 | 650.00    | 4550.00  | 11050.00    |
|            |           |                                                                              |   |    | SUB TOTAL | 23100.00 | 45450.00    |
|            |           |                                                                              |   |    | IVA       | 3696.00  | 7272.00     |
|            |           |                                                                              |   |    | TOTAL     | 26796.00 | \$52,722.00 |

| ERVICIO:    | PATOLOGIA |                      | ZONA                |                    | HGZ 50                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|----------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR      | 10                  | 25                 | 650.00                             | 6500.00                                                | 16250.00                                               |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS       | 3                   | 8                  | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |           |                                                       |   |    |        |         |         |
|------------|-----------|-------------------------------------------------------|---|----|--------|---------|---------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | LIPOMAS                                               | 5 | 12 | 500.00 | 2500.00 | 6000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                                         | 4 | 10 | 650.00 | 2600.00 | 6500.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES                         | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                       | 1 | 2  | 550.00 | 550.00  | 1100.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                       | 3 | 7  | 950.00 | 2850.00 | 6650.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                       | 3 | 8  | 650.00 | 1950.00 | 5200.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                              | 1 | 3  | 950.00 | 950.00  | 2850.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                     | 1 | 3  | 950.00 | 950.00  | 2850.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                   | 2 | 5  | 500.00 | 1000.00 | 2500.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                      | 1 | 8  | 950.00 | 950.00  | 7600.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | QUISTE SINOVIAL                                       | 1 | 3  | 250.00 | 250.00  | 750.00  |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMOS INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUELAS              | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE ENDOSCOPIA                                 | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CONDUCTO DEFERENTES                                   | 1 | 2  | 100.00 | 100.00  | 200.00  |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ESTUDIOS DE GANGLIOS LINFATICOS VARIAS LOCALIZACIONES | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                                     | 1 | 2  | 950.00 | 950.00  | 1900.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                              | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                          | 1 | 2  | 950.00 | 950.00  | 1900.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | FIBROMA                                               | 1 | 3  | 500.00 | 500.00  | 1500.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CONO BIOPSIA DE CUELLO UTERINO                        | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEVO                                                  | 1 | 3  | 500.00 | 500.00  | 1500.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA HEPATICA                                      | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | AMIGDALAS                                             | 1 | 1  | 250.00 | 250.00  | 250.00  |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                                      | 1 | 2  | 250.00 | 250.00  | 500.00  |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CARCINOMA BUSQUEDA DE PRIMARIO                        | 1 | 2  | 250.00 | 250.00  | 500.00  |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                                            | 1 | 2  | 500.00 | 500.00  | 1000.00 |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |           |                                    |   |   |           |          |             |
|------------|-----------|------------------------------------|---|---|-----------|----------|-------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL | 1 | 2 | 200.00    | 200.00   | 400.00      |
|            |           |                                    |   |   | SUB TOTAL | 25350.00 | 66250.00    |
|            |           |                                    |   |   | IVA       | 4056.00  | 10600.00    |
|            |           |                                    |   |   | TOTAL     | 29406.00 | \$76,850.00 |

El lugar de prestación del servicio:

| UNIDAD MÉDICA  | UBICACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS QUE REQUIEREN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS<br>DOMICILIO                                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| H.G.Z. N° 11   | Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, Xalapa, Ver.<br>Tel: 01.228.818.5555 Ext. 1828 y 1460 01.228.818.6996 Fax: 01.228.817.4391                              |
| H.G.Z. N° 24   | Naranjo y Reforma S/N Col. Laredo, C.P. 93200, Poza Rica, Ver. 01.782.822.4837 ext. 61301                                                                                  |
| H.G.S.Z. N° 26 | Calle Cuatro No. S/N, Colonia Francisco Cruz Hernández C.P 92880, Tuxpan, Municipio de Tuxpam De Rodríguez Cano, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave                 |
| H.G.Z. N° 28   | Avenida Soledad No. S/N, Colonia Martínez de la Torre Centro C.P 93600, Martínez De La Torre, Municipio de Martínez De La Torre, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave |
| H.G.S.Z. N°33  | Carretera del Golfo S/N, Col. 3 de mayo C.P. 95370 San Andrés Tuxtla, Ver.<br>Tel. (294) 942 2292                                                                          |
| H.G.S.Z. N°36  | Carretera Costera Cardel - Nautla Esq. Flores Magón S/N, Centro, C.P. 91680, Cardel, Ver.<br>Tel: 01.296.962.0029, 962.0095, 962.0757                                      |
| H. G. Z. N° 50 | Calle Juan de la Luz Enríquez No. S/N, Colonia Lerdo Centro C.P 95280, Lerdo De Tejada, Municipio de Lerdo De Tejada, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.           |

| Proveedor                   | MONTO  | Monto del Contrato (M.N. Antes de I.V.A.) | % I.V.A      | Monto del Contrato (M.N. después de I.V.A.) |
|-----------------------------|--------|-------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|
| HECTOR AMANDO CUEVAS MENDEZ | MAXIMO | \$ 400,800.00                             | \$ 64,128.00 | \$464,928.00                                |
|                             | MINIMO | \$ 160,320.00                             | \$ 25,651.20 | \$ 185,971.20                               |

| Presupuesto Máximo                      |               |                 |
|-----------------------------------------|---------------|-----------------|
| Dictamen de disponibilidad Presupuestal | Unidad Médica | Importe Con IVA |
| 0000028003-2026                         | HGZ 11        | \$ 74,414.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 24        | \$ 87,290.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 26        | \$ 39,092.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 28        | \$ 66,758.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 33        | \$ 67,802.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 36        | \$ 52,722.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 50        | \$ 76,850.00    |
| Total                                   |               | \$464,928.00    |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br><b>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA</b><br><b>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE</b><br><b>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b><br><b>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</b> | <b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL</b><br><b>ELECTRONICA</b><br><br><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b><br><br><b>PATOLOGIA</b> |
|                                                                                   | <b>CONTRATO No. S6M0025</b>                                                                                                                                                                                                                                    | <b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b>                                                                                   |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |

## SOLICITUD DE SERVICIOS SUBROGADOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|----|-----|-------|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS | FOLIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SOLICITUD SE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| DELEGACIÓN UMAE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           | FECHA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">DÍA</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">MES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">AÑO</div> </div>              |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>UNIDAD MEDICA</b><br>CLAVE PRESUPUESTAL: _____<br>TIPO Y NUMERO: _____<br>LOCALIDAD: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           | <b>PACIENTE</b><br>NOMBRE: _____<br>SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div> No. SEGURIDAD SOCIAL: _____ AGREGADO: _____<br>CURP: _____ |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>SERVICIO QUE DERIVA:</b><br>NOMBRE: _____<br>DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | <b>RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA</b><br><table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>RT</td><td>EG</td><td>MAT</td><td>IV</td><td>PEN</td><td>SpFAM</td><td></td><td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                     |                                                                                          | RT  | EG    | MAT | IV | PEN | SpFAM |  |  |
| RT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | EG                                                                        | MAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | IV                                                                                       | PEN | SpFAM |     |    |     |       |  |  |
| <b>TIPO DE SERVICIO</b><br>ORDINARIO: _____ URGENCIA: _____<br>MOTIVO DE SUBROGACIÓN:<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Carencia de Servicio:</div> <div>Falta de Personal:</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Falta de Equipo:</div> <div>Falta de Insumos:</div> </div> |                                                                           | <b>VIGENCIA DE DERECHOS</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>DIAGNOSTICO Y RESUMEN CLINICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>GRUPO A SUBROGAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| CONSULTA MEDICINA FAMILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           | CONSULTA ESPECIALIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           | HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| AUX DE DX EN LABORATORIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           | AUX DE DX EN GABINETE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           | CONSULTA DENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           | MATERNO INFANTIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           | AUX DE TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>SERVICIO (S) A SUBROGAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| CANTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ESPECIFICAR:                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>PROVEEDOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | RFC: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| DOMICILIO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | TEL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| CONTRATO No.: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           | VIGENCIA DEL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           | AL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ELABORÓ                                                                   | Vo.Bo. JEFE DE SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AUT. DIRECTOR UNIDAD                                                                     |     |       |     |    |     |       |  |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| MATRÍCULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| <b>CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| PACIENTE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FAMILIAR: _____                                                           | RESPONSABLE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PARENTESCO: _____                                                                        |     |       |     |    |     |       |  |  |
| DIRECCIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | TELÉFONO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |
| FECHA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | FIRMA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |     |       |     |    |     |       |  |  |

Norma 2000-001-006

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Anexo 2 (dos)

### “Modelo de Póliza de Fianza de cumplimiento de contrato”

#### AFIANZADORA:

Denominación social: \_\_\_\_\_, en lo sucesivo la "Afianzadora"

Domicilio: \_\_\_\_\_.

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

#### BENEFICIARIA:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, en lo sucesivo "la Beneficiaria".

Domicilio: Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, de la Ciudad de Xalapa, Ver.

El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": jose.hernandezra@imss.gob.mx y adriana.gomezl@imss.gob.mx.

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

Nombre o denominación social: \_\_\_\_\_.

RFC: \_\_\_\_\_.

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

#### DATOS DE LA PÓLIZA:

Número: \_\_\_\_\_ (Número asignado por la "Afianzadora").

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:** La obligación garantizada será divisible, por lo que, en caso de presentarse algún incumplimiento, se hará efectiva solo en la proporción correspondiente al incumplimiento de la obligación principal.

#### DATOS DEL CONTRATO O PEDIDO, EN LO SUCESIVO EL "CONTRATO":

Número asignado por "la Contratante": \_\_\_\_\_.

Objeto: \_\_\_\_\_.

Monto del Contrato: (Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)

Moneda: \_\_\_\_\_.

Fecha de suscripción: \_\_\_\_\_.

Tipo: Servicios.

**Obligación contractual para la garantía de cumplimiento:** Divisible, conforme a 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 Xalapa, Ver., 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 69, 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.

La validación de la presente fianza se podrá realizar en la dirección electrónica [www.amig.org.mx](http://www.amig.org.mx)

\_\_\_\_\_ (Nombre del representante de la Afianzadora)

#### CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE SERVICIOS.

##### PRIMERA.- OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo, cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente.

#### **SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.**

La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es de \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_/100 moneda nacional) sin incluir el Impuesto al Valor Agregado, que representa el 10% (diez por ciento) del valor del "Contrato".

La "Afianzadora" 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% (veinte por ciento) de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, la "Afianzadora" 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" se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, la "Afianzadora" podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente.

La "Afianzadora" 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" pagará de forma proporcional el monto de la o las obligaciones incumplidas.

#### **TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.**

La "Afianzadora", se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

#### **CUARTA.- VIGENCIA.**

La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente que haya causado ejecutoria.

De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

#### **QUINTA.- PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO.**

En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a la "Afianzadora", la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes.

La "Afianzadora" acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garanticen, 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 concurren 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" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" 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" por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

#### **SÉPTIMA.- SUBJUDICIDAD.**

La "Afianzadora" realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

La "Afianzadora" 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" 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" 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" 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 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" 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.

- - - - - FIN DE TEXTO - - - - -



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00

### Anexo 3 (tres)

## “Oficio de designación de administrador de contrato y Oficio de Asignación”



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Órgano de Operación Administrativo Desconcentrado Región Veracruz Norte  
Jefatura de Prestaciones Médicas  
Coordinación Auxiliar Operativa Administrativa.



Of N° 319001250100/0205/2026

Ciudad de Xalapa, Ver, a 23 de febrero del 2026

**Dra. María de los Ángeles Quiroz García**  
**Encargada de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud.**  
Presente.

Con fundamento en los numerales 4.17 y 4.24.6 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social vigentes, hago de su conocimiento que he tenido a bien designarlo como **Administrador del Contrato**, que se derive del proceso para la contratación del “**Subrogación del servicio de Patología y estudios de inmunohistoquímica por dos meses para el Ejercicio Fiscal 2026**”.

|                                      |                                                                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nombre completo                      | Dra. María de los Ángeles Quiroz García                          |
| Cargo                                | Encargada de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud |
| Área de adscripción                  | Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas                    |
| Domicilio institucional              | Lomas del Estadio S/N, col Centro Xalapa, Ver.                   |
| Registro Federal de Contribuyentes   |                                                                  |
| Clave Única de Registro de Población |                                                                  |
| Correo electrónico institucional     | maria.quirozg@imss.gob.mx                                        |
| Teléfono institucional               | 2281479986                                                       |

En este sentido, se le exhorta para que cumpla con las atribuciones y obligaciones inherentes a dicha designación con base en los principios de Honradez, Eficacia y Eficiencia que rigen nuestra Institución en beneficio de los derechohabientes.

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

Atentamente

**Dra. Guadalupe Colorado Lozada**  
Encargada de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
**Designa**

**Dra. María de los Ángeles Quiroz García**  
Encargada de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud  
**Acepta**



Lomas del Estadio S/N. Col. Centro. CP. 91000, Xalapa, Ver. Tel: (228) 8 18 55 55 www.imss.gob.mx

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>         ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>         DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>         JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>         COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> | <p>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>         ELECTRONICA</p> <p>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</p> <p>PATOLOGIA</p> |
|                                                                                   | <p>CONTRATO No. S6M0025</p>                                                                                                                                                                                                                                                | <p>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</p>                                                                        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
 OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Xalapa, Ver., a 17 de marzo de 2026.

# OFICIO DE ASIGNACIÓN

HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ  
 ARAUCARIAS 7-A  
 COLONIA BADILLO  
 XALAPA, VER.  
 C.P. 91190  
 TEL 2288 137779  
 MAIL. Labanimas1@hotmail.

Mediante oficio No. 319001250100/0206/2026, de fecha 23 de febrero de 2026, la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas solicitó con fundamento en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 5 fracción I, 33 primer párrafo, 35 fracción III, 36, 39 fracción I, 53, 55 y 67 de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), así como 73 y 75 de su Reglamento (RLAASSP), el procedimiento de contratación por excepción a la Licitación Pública mediante Adjudicación Directa AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026, para la **Subrogación del servicio de estudios de patología para dos meses del Ejercicio Fiscal 2026,**

Derivado de su propuesta presentada en la Investigación de Mercado 050GYR014-M-58-2026, para: LA **Subrogación del servicio estudios de patología para el Ejercicio Fiscal 2026,** Al respecto, en términos de lo previsto en los artículos 58 y 67 de la LAASSP; le notifico la aceptación de la confirmación de su cotización, por lo que la citada contratación identificada con el Número No. **AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026,** No. de Expediente **E-2026-000217298** se llevará a cabo con la empresa que usted representa; lo anterior, en virtud de que cumplió con los requisitos legales- administrativos, técnicos y económicos solicitados, de conformidad con los precios unitarios que se describen a continuación:

En términos del artículo 66 de la Ley y 126 de Reglamento, el contrato antes indicado tiene como objeto la contratación a partir del día natural siguiente a la notificación de la **Adjudicación y hasta el 17 de Mayo del 2026.**

En virtud de lo anterior se mencionan las partidas y montos en las que su propuesta quedaría asignada:

| PROVEEDOR HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ |           |                  |      |                     |                     | NUMERO DE CONTRATO:                |                                                        |
|----------------------------------------|-----------|------------------|------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                        |           |                  |      |                     |                     | 050GYR014N05026-049-00             |                                                        |
| SERVICIO:                              | PATOLOGIA |                  | ZONA |                     |                     | HGZ 11                             |                                                        |
| CLAVE CuCOP                            | SERVICIO  | ESTUDIOS PRUEBAS | Y/O  | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA |
|                                        |           |                  |      |                     |                     |                                    | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |



Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento - Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070. tel 22 88 18-28-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONECENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

| PROVEEDOR HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ |           |                                                                           |      |                           | NUMERO DE CONTRATO:<br>050GYR014N05026-049-00 |                                                |                                                                          |                                                                             |
|----------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| SERVICIO:                              | PATOLOGIA |                                                                           | ZONA |                           | HGZ 11                                        |                                                |                                                                          |                                                                             |
| CLAVE<br>CuCOP                         | SERVICIO  | ESTUDIOS<br>PRUEBAS                                                       | Y/O  | NO.<br>PRUEBAS<br>MINIMAS | NO.PRUEBAS<br>MAXIMAS                         | PRECIO<br>UNITARIO<br>SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MINIMA SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA | IMPORTE<br>TOTAL DE<br>LA<br>CANTIDAD<br>MAXIMA<br>SIN<br>INCLUIR EL<br>IVA |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | APENDICE CECAL                                                            |      | 3                         | 8                                             | 650.00                                         | 1950.00                                                                  | 5200.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | LIPOMA                                                                    |      | 2                         | 5                                             | 550.00                                         | 1100.00                                                                  | 2750.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | TEJIDO HEMORROIDAL                                                        |      | 1                         | 3                                             | 550.00                                         | 550.00                                                                   | 1650.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | FISTULA ANAL                                                              |      | 1                         | 3                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 1500.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | BIOPSIA DE CERVIX                                                         |      | 1                         | 1                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 500.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCICIONALES DE MAMA                                              |      | 1                         | 1                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 500.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | BIOPSIAS ENDOSCOPIA                                                       |      | 1                         | 2                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | CANCER DE PIEL ( BASOCELULAR, EPIDERMIOIDE, MELANOMAS, TUMORES DE ANEXOS) |      | 1                         | 2                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | CONDUCTOS DEFERENTES                                                      |      | 1                         | 2                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICO VARIAS LOCALIZACIONES                       |      | 1                         | 1                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 500.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                                                       |      | 2                         | 4                                             | 950.00                                         | 1900.00                                                                  | 3800.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | OFERECTOMIA RADICAL                                                       |      | 1                         | 1                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 950.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                                              |      | 1                         | 1                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 950.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON                        |      | 1                         | 8                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 7600.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | RESECCION TRANSSURETRAL DE PROSTATA                                       |      | 1                         | 1                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 500.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                                                  |      | 2                         | 4                                             | 500.00                                         | 1000.00                                                                  | 2000.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS (SARCOMA)                                      |      | 1                         | 1                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 500.00                                                                      |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                                           |      | 10                        | 25                                            | 650.00                                         | 6500.00                                                                  | 16250.00                                                                    |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | BIPSIA DE OVARIO                                                          |      | 2                         | 6                                             | 600.00                                         | 1200.00                                                                  | 3600.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFI                                               |      | 1                         | 2                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 1900.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | CONO CERVICAL POR ASA                                                     |      | 1                         | 2                                             | 500.00                                         | 500.00                                                                   | 1000.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | HEMITIROIDECTOMIA                                                         |      | 1                         | 8                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 7600.00                                                                     |
| 33901-0007                             | PATOLOGIA | NEFRECTOMIS SIMPLE                                                        |      | 1                         | 2                                             | 950.00                                         | 950.00                                                                   | 1900.00                                                                     |



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070. tel 22 88 18-28-19

2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

| PROVEEDOR HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ |           |                  |     |                     |                     | NUMERO DE CONTRATO:<br>050GYR014N05026-049-00 |                                                        |                                                        |
|----------------------------------------|-----------|------------------|-----|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| SERVICIO:                              | PATOLOGIA |                  |     | ZONA                |                     | HGZ 11                                        |                                                        |                                                        |
| CLAVE CuCOP                            | SERVICIO  | ESTUDIOS PRUEBAS | Y/O | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA            | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| SUB TOTAL                              |           |                  |     |                     |                     |                                               | 24900.00                                               | 64150.00                                               |
| IVA                                    |           |                  |     |                     |                     |                                               | 3984.00                                                | 10264.00                                               |
| TOTAL                                  |           |                  |     |                     |                     |                                               | 28884.00                                               | \$ 74,414.00                                           |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                 |                     | ZONA                |                                    | HGZ 24                                                 |                                                        |              |
|-------------|-----------|---------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS            | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                   | 5                   | 12                  | 650.00                             | 3250.00                                                | 7800.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE CERCIX               | 3                   | 8                   | 500.00                             | 1500.00                                                | 4000.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                | 2                   | 6                   | 250.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                 | 5                   | 13                  | 500.00                             | 2500.00                                                | 6500.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA EDOMETRIAL              | 6                   | 14                  | 650.00                             | 3900.00                                                | 9100.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA EXCIONALES DE MANA      | 3                   | 8                   | 500.00                             | 1500.00                                                | 4000.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA DE OVARIO                    | 2                   | 5                   | 600.00                             | 1200.00                                                | 3000.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA     | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL             | 4                   | 10                  | 950.00                             | 3800.00                                                | 9500.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFI     | 3                   | 7                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 6650.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESECCION INTESITNAL DE COLON   | 3                   | 8                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | UTERO                           | 3                   | 8                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |              |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                 | 4                   | 10                  | 650.00                             | 2600.00                                                | 6500.00                                                |              |
| SUB TOTAL   |           |                                 |                     |                     |                                    |                                                        | 30300.00                                               | 75250.00     |
| IVA         |           |                                 |                     |                     |                                    |                                                        | 4848.00                                                | 12040.00     |
| TOTAL       |           |                                 |                     |                     |                                    |                                                        | 35148.00                                               | \$ 87,290.00 |



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P: 91070. tel 22 88 18-28-19

3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE

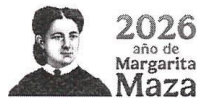
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIO:<br><br>CLAVE CuCOP | PATOLOGIA |                                                     | ZONA                |                     | HGZ 26                             |                                                        |                                                        |
|------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                              | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                                | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | APENDICE CECAL                                      | 2                   | 5                   | 650.00                             | 1300.00                                                | 3250.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | AMIGDALAS                                           | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | LIPOMA                                              | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | TEJIDO HEMORROIDAL                                  | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA CERVIX                                      | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCCIONALES DE MAMA                         | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                 | 1                   | 1                   | 650.00                             | 650.00                                                 | 650.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | CONDUCTOS DEFERENTES                                | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICO VARIAS LOCALIZACIONES | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                                 | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON  | 1                   | 1                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA                  | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                            | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS (SARCOMA)                | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                                    | 1                   | 1                   | 250.00                             | 250.00                                                 | 250.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                   | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                    | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                     | 1                   | 1                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | NEVO                                                | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS                                      | 1                   | 3                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 2850.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                     | 2                   | 4                   | 650.00                             | 1300.00                                                | 2600.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | APENDICECTOMIA                                      | 1                   | 2                   | 650.00                             | 650.00                                                 | 1300.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                     | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                     | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HEPATICA                                 | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES                       | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO                     | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | CONO BIOPSIA DE CUELLO UTERINO                      | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                            | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | FIBROMA                                             | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                                          | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007                   | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFICADA                     | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |



2026  
año de  
Margarita  
Maza

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento - Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P: 91070 - tel 22 88 18-28-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                          | ZONA                |                     | HGZ 26                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                     | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL       | 1                   | 2                   | 200.00                             | 200.00                                                 | 400.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | QUISTE SINOVAL                           | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | SENO MAXILAR                             | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TESTICULO                                | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TUMOR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUEÑAS | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| SUB TOTAL   |           |                                          |                     |                     |                                    | 18450.00                                               | 33700.00                                               |
| IVA         |           |                                          |                     |                     |                                    | 2952.00                                                | 5392.00                                                |
| TOTAL       |           |                                          |                     |                     |                                    | 21402.00                                               | \$ 39,092.00                                           |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                                    | ZONA                |                     | HGZ 28                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|----------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                               | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULAS                                          | 6                   | 15                  | 650.00                             | 3900.00                                                | 9750.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE CERVIX                                 | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | PROSTATAS                                          | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESECCION INTESTITNAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA BASO CELULAR                                    | 2                   | 4                   | 500.00                             | 1000.00                                                | 2000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE ENDOMETRIO                              | 2                   | 5                   | 650.00                             | 1300.00                                                | 3250.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE OVARIO                                  | 1                   | 3                   | 600.00                             | 600.00                                                 | 1800.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA TOTAL                                | 3                   | 8                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL                             | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                                  | 1                   | 1                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | APENDICES                                          | 3                   | 7                   | 650.00                             | 1950.00                                                | 4550.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE HIGADO                                 | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS DE RIÑON                                  | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOSCOPIA                                 | 2                   | 4                   | 500.00                             | 1000.00                                                | 2000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA                     | 2                   | 5                   | 450.00                             | 900.00                                                 | 2250.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS EXCIONALES DE MAMA                        | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA EPIDERMIOIDE                                    | 5                   | 13                  | 500.00                             | 2500.00                                                | 6500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CERVICALES, INGUINALES Y/O RETOPERITONEALES        | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CIRUGIA ETAPIFICADORA DE OVARIO                    | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |



Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070 - tel 22 88 18-28-19

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

|            |           |                               |   |   |        |          |              |
|------------|-----------|-------------------------------|---|---|--------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICO | 1 | 1 | 500.00 | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA   | 1 | 1 | 500.00 | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMITIROIDECTOMIA TOTAL       | 1 | 1 | 950.00 | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | LIQUIDO DE ASCITIS            | 1 | 2 | 150.00 | 150.00   | 300.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MASTECTOMIAS RADICAL MODIFI   | 1 | 1 | 950.00 | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MASECTOMIA UNILATERAL SIMPLE  | 1 | 1 | 950.00 | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | MELANOMA                      | 1 | 1 | 500.00 | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | OFORECTOMIA RADICAL           | 1 | 1 | 950.00 | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                  | 1 | 2 | 950.00 | 950.00   | 1900.00      |
| SUB TOTAL  |           |                               |   |   |        | 28300.00 | 57550.00     |
| IVA        |           |                               |   |   |        | 4528.00  | 9208.00      |
| TOTAL      |           |                               |   |   |        | 32828.00 | \$ 66,758.00 |

| SERVICIO:   |           | PATOLOGIA                                            |                     | ZONA                |                                    | HGZ 33                                                 |                                                        |
|-------------|-----------|------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                                 | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                      | 13                  | 33                  | 650.00                             | 8450.00                                                | 21450.00                                               |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS                                       | 13                  | 33                  | 950.00                             | 12350.00                                               | 31350.00                                               |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | LIPOMAS                                              | 7                   | 17                  | 500.00                             | 3500.00                                                | 8500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                                        | 5                   | 13                  | 650.00                             | 3250.00                                                | 8450.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES                        | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                      | 1                   | 1                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                      | 3                   | 7                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 6650.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                      | 2                   | 5                   | 500.00                             | 1000.00                                                | 2500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                             | 1                   | 3                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 2850.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                    | 1                   | 3                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 2850.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                  | 3                   | 8                   | 650.00                             | 1950.00                                                | 5200.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                     | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | QUISTE SINOVIAL                                      | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | TUMOR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUELAS             | 1                   | 2                   | 200.00                             | 200.00                                                 | 400.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                  | 1                   | 3                   | 650.00                             | 650.00                                                 | 1950.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CONDUCTO DEFERENTES                                  | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ESTUDIO DE GANGLIOS LINFATICOS VARIAS LOCALIZACIONES | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                                    | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                             | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                         | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |



**2026**  
año de  
**Margarita Maza**

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070 - tel 22 88 18-28-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

CONTRATO No. S6M0025

ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL  
ELECTRONICA

AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026

PATOLOGIA

CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00



Gobierno de  
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONECENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

|            |           |                                    |   |   |        |          |              |
|------------|-----------|------------------------------------|---|---|--------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | FIBROMA                            | 1 | 3 | 500.00 | 500.00   | 1500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CON BIOPSIA DE CUELLO UTERINO      | 2 | 5 | 500.00 | 1000.00  | 2500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | NEVO                               | 3 | 7 | 500.00 | 1500.00  | 3500.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA HEPATICA                   | 1 | 2 | 500.00 | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | AMIGDALAS                          | 1 | 1 | 200.00 | 200.00   | 200.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                   | 1 | 2 | 950.00 | 950.00   | 1900.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CARCINOMA BUSQUEDA DE PRIMARIO     | 1 | 2 | 200.00 | 200.00   | 400.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                         | 1 | 2 | 500.00 | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL | 1 | 2 | 250.00 | 250.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TESTICULO                          | 1 | 2 | 950.00 | 950.00   | 1900.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | SENO MAXILAR                       | 1 | 2 | 500.00 | 500.00   | 1000.00      |
| SUB TOTAL  |           |                                    |   |   |        | 24700.00 | 58450.00     |
| IVA        |           |                                    |   |   |        | 3952.00  | 9352.00      |
| TOTAL      |           |                                    |   |   |        | 28652.00 | \$ 67,802.00 |

| SERVICIO:   | PATOLOGIA |                                                                              | ZONA                |                    | HGZ 36                             |                                                        |                                                        |
|-------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| CLAVE CuCOP | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                                                         | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO.PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA CERVIX                                                               | 4                   | 9                  | 500.00                             | 2000.00                                                | 4500.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA HIGADO                                                               | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA OVARIO                                                               | 2                   | 6                  | 600.00                             | 1200.00                                                | 3600.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIAS ENDOSCOPIA                                                          | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA                                               | 1                   | 3                  | 450.00                             | 450.00                                                 | 1350.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | BIOPSIA ESCIONALES DE MAMA                                                   | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA BASOCELULAR                                                               | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CA EPIDERMIOIDE                                                              | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ESTUDIOS DE GANGLIOS LINFATICOS (CERVICAKES, INGINALES Y/O RETOPERITONEALES) | 1                   | 1                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 500.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | CONIZACION CERVICAL POR ASA                                                  | 1                   | 2                  | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | EMITIROIDECTOMIA                                                             | 1                   | 1                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | HISTERECTOMIA                                                                | 3                   | 7                  | 950.00                             | 2850.00                                                | 6650.00                                                |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | LIQUIDO DE ASCITIS                                                           | 1                   | 1                  | 200.00                             | 200.00                                                 | 200.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | NEFRECTOMIA                                                                  | 1                   | 1                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | OFORECTOMIA                                                                  | 1                   | 1                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                                                 | 1                   | 1                  | 950.00                             | 950.00                                                 | 950.00                                                 |
| 33901-0007  | PATOLOGIA | PROSTECTOMIA TOTAL                                                           | 2                   | 5                  | 500.00                             | 1000.00                                                | 2500.00                                                |



Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070. tel 22 88 18-28-19

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

|            |           |                                                   |   |    |        |          |              |
|------------|-----------|---------------------------------------------------|---|----|--------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESECCION INTESTINAL DE COLON, GANGLIOS Y EPIPLON | 1 | 1  | 950.00 | 950.00   | 950.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | RESECCION TRANSURETRAL                            | 1 | 2  | 500.00 | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS (SARCOMA)              | 1 | 1  | 500.00 | 500.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | APENDICE CECAL                                    | 1 | 3  | 650.00 | 650.00   | 1950.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                   | 1 | 2  | 950.00 | 950.00   | 1900.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                   | 7 | 17 | 650.00 | 4550.00  | 11050.00     |
| SUB TOTAL  |           |                                                   |   |    |        | 23100.00 | 45450.00     |
| IVA        |           |                                                   |   |    |        | 3696.00  | 7272.00      |
| TOTAL      |           |                                                   |   |    |        | 26796.00 | \$ 52,722.00 |

| ERVICIO:<br>CLAVE CuCOP | PATOLOGIA |                                                       | ZONA                |                     | HGZ 50                             |                                                        |                                                        |
|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                         | SERVICIO  | ESTUDIOS Y/O PRUEBAS                                  | NO. PRUEBAS MINIMAS | NO. PRUEBAS MAXIMAS | PRECIO UNITARIO SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MINIMA SIN INCLUIR EL IVA | IMPORTE TOTAL DE LA CANTIDAD MAXIMA SIN INCLUIR EL IVA |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | VESICULA BILIAR                                       | 10                  | 25                  | 650.00                             | 6500.00                                                | 16250.00                                               |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | UTERO Y ANEXOS                                        | 3                   | 8                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 7600.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | LIPOMAS                                               | 5                   | 12                  | 500.00                             | 2500.00                                                | 6000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | APENDICETOMIA                                         | 4                   | 10                  | 650.00                             | 2600.00                                                | 6500.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | BIOPSIA INCISIONAL DE TUMORES                         | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | BIOPSIA DE MAMA                                       | 1                   | 2                   | 550.00                             | 550.00                                                 | 1100.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | TUMOR DE OVARIO                                       | 3                   | 7                   | 950.00                             | 2850.00                                                | 6650.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | BIOPSIA DE PIEL                                       | 3                   | 8                   | 650.00                             | 1950.00                                                | 5200.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | ESTOMAGO                                              | 1                   | 3                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 2850.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | INTESTINO DELGADO                                     | 1                   | 3                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 2850.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | BIOPSIA ENDOMETRIAL                                   | 2                   | 5                   | 500.00                             | 1000.00                                                | 2500.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | INTESTINO GRUESO                                      | 1                   | 8                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 7600.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | QUISTE SINOVAL                                        | 1                   | 3                   | 250.00                             | 250.00                                                 | 750.00                                                 |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | TUMOS INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUELAS              | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | BIOPSIA DE ENDOSCOPIA                                 | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | CONDUCTO DEFERENTES                                   | 1                   | 2                   | 100.00                             | 100.00                                                 | 200.00                                                 |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | ESTUDIOS DE GANGLIOS LINFATICOS VARIAS LOCALIZACIONES | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | NEFRECTOMA SIMPLE                                     | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | RESTO OVULO PLACENTARIOS                              | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | ORQUIECTOMIA                                          | 1                   | 2                   | 950.00                             | 950.00                                                 | 1900.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | FIBROMA                                               | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | CONO BIOPSIA DE CUELLO UTERINO                        | 1                   | 2                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1000.00                                                |
| 33901-0007              | PATOLOGIA | NEVO                                                  | 1                   | 3                   | 500.00                             | 500.00                                                 | 1500.00                                                |



**2026**  
año de  
**Margarita Maza**

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisano Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070 - tel 22 88 18-28-19

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**

JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

|            |           |                                    |   |   |           |          |              |
|------------|-----------|------------------------------------|---|---|-----------|----------|--------------|
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA HEPATICA                   | 1 | 2 | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | AMIGDALAS                          | 1 | 1 | 250.00    | 250.00   | 250.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | BIOPSIA DE HUESO                   | 1 | 2 | 250.00    | 250.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | CARCINOMA BUSQUEDA DE PRIMARIO     | 1 | 2 | 250.00    | 250.00   | 500.00       |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | HEMANGIOMA                         | 1 | 2 | 500.00    | 500.00   | 1000.00      |
| 33901-0007 | PATOLOGIA | PAPANICOLAU DE LIQUIDOS PERITONEAL | 1 | 2 | 200.00    | 200.00   | 400.00       |
|            |           |                                    |   |   | SUB TOTAL | 25350.00 | 66250.00     |
|            |           |                                    |   |   | IVA       | 4056.00  | 10600.00     |
|            |           |                                    |   |   | TOTAL     | 29406.00 | \$ 76,850.00 |

En términos del artículo 66 de la Ley y 126 de Reglamento, el contrato antes indicado tiene como objeto la contratación a partir del día natural siguiente a la notificación de la **Adjudicación** y hasta el **17 de mayo del 2026**.

**FECHA, LUGAR Y HORA PARA FIRMAR EL CONTRATO Y LA PRESENTACIÓN DE GARANTÍAS.**

El licitante adjudicado, se obliga a otorgar a el Instituto, dentro de un plazo de 10 (diez) días naturales contados a partir de la firma del contrato en términos del artículo 69 de la LAASSP, una garantía de cumplimiento divisible de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas y a favor del "Instituto Mexicano del Seguro Social", por un monto equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total máximo del contrato a erogar en el ejercicio fiscal de que se trate, y deberá ser renovada dentro de los primeros diez días naturales (artículo 87 del Reglamento de la LAASSP), de cada ejercicio fiscal por el monto a erogar en el mismo, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA). Los proveedores quedan obligados a entregar al Instituto la póliza de fianza.

El lugar de prestación del servicio:

| UBICACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS QUE REQUIEREN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS |                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD MÉDICA                                                                  | DOMICILIO                                                                                                                                                                  |
| H.G.Z. N° 11                                                                   | Lomas del Estadio S/N, Colonia Centro, C.P. 91000, Xalapa, Ver.<br>Tel: 01.228.818.5555 Ext. 1828 y 1460 01.228.818.6996 Fax: 01.228.817.4391                              |
| H.G.Z. N° 24                                                                   | Naranjo y Reforma S/N Col. Laredo, C.P. 93200, Poza Rica, Ver.<br>01.782.822.4837 ext. 61301                                                                               |
| H.G.S.Z. N° 26                                                                 | Calle Cuatro No. S/N, Colonia Francisco Cruz Hernández C.P 92880, Tuxpan, Municipio de Tuxpam De Rodríguez Cano, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave                 |
| H.G.Z. N° 28                                                                   | Avenida Soledad No. S/N, Colonia Martínez de la Torre Centro C.P 93600, Martínez De La Torre, Municipio de Martínez De La Torre, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave |
| H.G.S.Z. N°33                                                                  | Carretera del Golfo S/N, Col. 3 de mayo C.P. 95370 San Andrés Tuxtla, Ver.<br>Tel. (294) 942 2292                                                                          |



Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P: 91070 - tel 22 88 18-28-19

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Gobierno de  
México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

|                |                                                                                                                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| H.G.S.Z. N°36  | Cardel ver.                                                                                                                                                      |
| H. G. Z. N° 50 | Calle Juan de la Luz Enríquez No. S/N, Colonia Lerdo Centro C.P 95280, Lerdo De Tejada, Municipio de Lerdo De Tejada, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. |

Asimismo, se informa que el contrato se formalizará, dentro de los quince días hábiles posteriores a la presente notificación. Siendo la fecha señalada el día 7 de abril de 2026, Si el interesado durante el citado periodo no firma el contrato por causas imputables a él, por no haber entregado sus documentos de forma oportuna para la elaboración de los mismos, será de la más estricta responsabilidad de éste y se dará vista al Órgano Interno de Control en el Instituto para los efectos procedentes.

En términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, deberá dar cumplimiento a las Reglas 2.1.28 y 2.1.24 de la "Resolución Miscelánea Fiscal para 2025" publicada en el DOF el 28 de diciembre de 2025, a fin de que haga pública su "Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT)".

De conformidad con el artículo 84 del RLAASSP, se indica el número de contrato y el monto de la garantía de cumplimiento:

| Cotizante adjudicado         | No. de Contrato                    | MONTO         | Monto del Contrato (M.N. Antes de I.V.A.) | % I.V.A      | Monto del Contrato (M.N. después de I.V.A.) |
|------------------------------|------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|
| HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ | No. Contrato único:                | <b>MAXIMO</b> | \$ 400,800.00                             | \$ 64,128.00 | \$464,928.00                                |
|                              | <b>050GYR014N050<br/>26-049-00</b> | <b>MINIMO</b> | \$ 160,320.00                             | \$ 25,651.20 | \$ 185,971.20                               |

| Presupuesto Máximo                      |               |                 |
|-----------------------------------------|---------------|-----------------|
| Dictamen de disponibilidad Presupuestal | Unidad Médica | Importe Con IVA |
| 0000028003-2026                         | HGZ 11        | \$ 74,414.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 24        | \$ 87,290.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 26        | \$ 39,092.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 28        | \$ 66,758.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 33        | \$ 67,802.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 36        | \$ 52,722.00    |
| 0000028014-2026                         | HGZ 50        | \$ 76,850.00    |
| Total                                   |               | \$464,928.00    |

*[Firma manuscrita]*



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**

Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejada Zona Centro, Xalapa Ver. C.P: 91070. tel 22 88 18-28-19

10

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA<br/>DESCONCENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE<br/>JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS<br/>COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO</p> <p><b>CONTRATO No. S6M0025</b></p> | <p><b>ADJUDICACION DIRECTA NACIONAL<br/>ELECTRONICA</b></p> <p><b>AA-50-GYR-050GYR014-N-50-2026</b></p> <p><b>PATOLOGIA</b></p> <p><b>CONTRATO FALLO 050GYR014N05026-049-00</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Gobierno de  
México**



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



**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONECENTRADA REGIONAL VERACRUZ NORTE**  
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO  
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Se hace mención que con fundamento en lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley, con esta notificación por el que se adjudica el contrato, las obligaciones derivadas de éste serán exigibles sin perjuicio de la obligación de las partes de firmarlo en la fecha y términos señalados.

Con el propósito de establecer una cultura de ética, de integridad, prevención y combate a la corrupción en el sector público y privado, se le solicita que en caso de no contar con el Certificado de inscripción favorable en el Registro de Proveedores para la Integridad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (**REPIIMSS**), lo realicen en los 30 días naturales, a partir de la formalización del instrumento contractual en la dirección electrónica <https://repiimss.imss.gob.mx/imss/registro>; lo anterior en términos de la "Política de Integridad para verificar el debido cumplimiento de los proveedores del Instituto Mexicano del Seguro Social", disponible para su consulta en la dirección electrónica [https://www.dof.gob.mx/2024/IMSS/politica\\_de\\_integridad\\_del\\_imss\\_2024.pdf](https://www.dof.gob.mx/2024/IMSS/politica_de_integridad_del_imss_2024.pdf), de conformidad con el "AVISO por el que se da a conocer la dirección electrónica donde se encuentra disponible para consulta la Política de Integridad para verificar el debido cumplimiento de los proveedores del Instituto Mexicano del Seguro Social".

La presente notificación se hace de conformidad con lo establecido en el numeral 5.3.8 inciso **b)** de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**Atentamente**

**LIC. JOSE ANTONIO HERNANDEZ RAMOS.**  
Enc. de la Coordinación de Abastecimiento  
y Equipamiento.

MVA/LAG/CBP



Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.- Belisario Domínguez No. 15 Col Adalberto Tejeda Zona Centro, Xalapa Ver. C.P. 91070. Tel 22 88 18-28-19

Cadena original:

[Redacted]

Firmante: MARIA DE LOS ANGELES QUIROZ GARCIA  
RFC: [Redacted]  
Certificado:

Número de Serie: [Redacted]  
Fecha de Firma: 06/04/2026 08:57

[Redacted]

Firma:  
YrMB1AAoVopFby1E1qfoZm0h966yJw+pwVXUD8UHjXFoZoSug31gfQIHjD9/N2up3oe5sucDypLEgdrAPE2bWqocAdVEjt06TSggNGhbDq7A7J9XuscKE07tNhnxPVpDAA0Vf0oLp3Y5q/cWy+woKDIzU07JO+nmANorUVAX6+dFycmKH3ws+vcdH04ko3T3++jgkq0mz0ziAu8a1KcFnqAm8mVug1g9g0fuYuXfCXq+/key400ujEAbC/J5B6A8kFA8p6a+HLjuzY/ZEe/58KH/pKyipPceJe8RK6V07uleeCsyHsMbl.115A6TzQc9IDepD+mbFJYjba+Mytkq2g==

Firmante: JOSE ANTONIO HERNANDEZ RAMOS  
RFC: [Redacted]  
Certificado:

Número de Serie: [Redacted]  
Fecha de Firma: 06/04/2026 10:10

[Redacted]

Firma:  
1GskFwfPKVH/ZgyRKVucT2UIKzc42TywfcWfNSKBMvWebZMcZdgwEI77Yd04X2knPu1418yAFQHanaqgMch0x34HAUTB3ptqFe2hYu4Y8SXfxF0602R/iJ0KaCB2rMSCRTofzEwrL80/WE+43bcKim6H6pc2m/WiFg89zrNwxswUu3RQ5fk1d6BqmI1vWdwIXJ+QER4C70yxQ18L7w2dcL3G0b9B2ztYh5dUMb+udJasPQB1KofgdZZGQG7YFnHag4MdLIxhCYvgPpzBTVI+x6hwvvhxouqtc8DncSt2bL815GQE9peiBSVvWeIMDK855z1Lp0pfpX1YKeA7kQFRag==

Firmante: EDITH JIMENEZ MARTINEZ  
RFC: [Redacted]  
Certificado:

Número de Serie: [Redacted]  
Fecha de Firma: 06/04/2026 11:57

[Redacted]

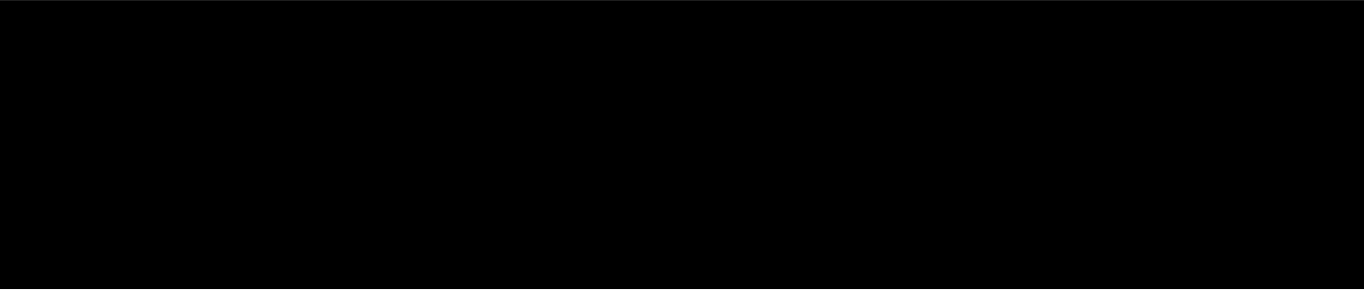
ELIMINADO: CADENA ORIGINAL, NO. DE SERIE, RFC Y CERTIFICADO  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA

Q5295PkT6l jZWY0wt1Bu97kxaYaeCLnFZ3oacDN9a94b15a6/A2rso2Li1J5KgVHRcT+onx0wLS+f1v0Vm/ej7VjY6gg9l zLFkZy+Hs2qNDR76Lm1R4pa19SOLnI8fR5e30QJ3byV6gwxBD52q00vPX8ymMrCwtxNM49yax89UmZxyVKlG1ts2PKvqwVZwgCusvSxmfy1VbvBLWPrdRF1yrLZwGDRBMmy9EqkP36bep3r8wVzC2pfjTldQadf0DAabTJ7/ZuPZVEUwbUj3si1Gj0W613fvc+ekga8NEl1ejnbw/drjhb2v30De0b1zB9guWUPgMbxxkPj1W4CpwJBrw==

Firmante: HECTOR ARMANDO CUEVAS MENDEZ  
RFC: CUMH680130CE1

Número de Serie: [REDACTED]  
Fecha de Firma: 06/04/2026 13:51

Certificado:



Firma:  
QB4Zb8+IUtUzvAyzaT4tBDc/h09+U4Vk1MRMMY6H62FPpycrQzbpawb1MoM5QKnFRBDVo8XiToJ0r9bB8e44weMX6/XyIFyAUoj3/PjD748ddH69sDXfwzqRvbm41mxNim8s4f11JFD5o9ycgcpkgNfsKJu5iku  
pz5c8D/74X7xV771+jzOYLz8oz+T8brZfjUiysAW1x4BJ2A7xt9AKW3ReBYVx+nTzn1BVEmQ0CmxFCZYWEp1QR/mTK9Bog3h313Kuus1MBU3G6FqXIH6i7/pow9KBT0Ey4oz60yUkNYogPsaTKgn0P7ef3GyHcSA  
PdPWZB+NXVpb/CISua9fhQ==

ELIMINADO: NO. DE SERIE, CERTIFICADO  
FUNDAMENTO LEGAL: ARTS. 115 PARRAFO PRIMERO DE LA LGTAIP  
MOTIVACION: SE CONSIDERA INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONA FISICA IDENTIFICADA O IDENTIFICABLE, CUYA DIFUSION PUEDE AFECTAR LA ESFERA JURIDICA DE LA MISMA