



Se manifiesta que el  
archivo publicado es  
la mejor versión  
disponible con la  
que cuenta el  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social.



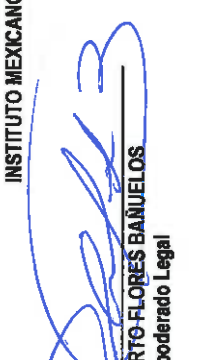
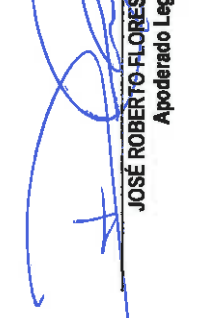
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
 COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

**CONTRATO DE ADQUISICIÓN DE BIENES**  
**NÚMERO 17BI0013**  
**HOJA 1 DE 1**

ACUERDO DEL CASO	N/A	SESIÓN DEL CASO	N/A
PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN	LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO CON CAPITULO DE COMPRAS GUBERNAMENTALES ELECTRÓNICA NÚMERO LA-01951R040-E10-2017		
FUNDAMENTO	ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 25, 26 FRACCIÓN I, 26 BIS FRACCIÓN II, 27, 28, FRACCIÓN II, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 36 BIS, FRACCIÓN I Y 46 DE LA LAASSP Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES EN LA MATERIA.		
FECHA DE FALLO Y RECTIFICACIÓN DE FALLO	DÍA	MES	AÑO
	22	SEPTIEMBRE	2017
	27	SEPTIEMBRE	2017

VIGENCIA DEL CONTRATO					
DEL	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA
	6	OCTUBRE	2017	31	31
				DIEMBRE	2017
TIPO DE CONTRATO					
OFICIO DE LIBERACIÓN DE INVERSIÓN					
CERRADO (X)	PARA CUBRIR LAS EROGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES SUFICIENTES, NO COMPROMETIDOS, DE ACUERDO AL OFICIO DE LIBERACIÓN DE INVERSIÓN (OLI), MISMO QUE SE AGREGA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 1 (UNO).				
ABIERTO ( )					

PROVEEDOR	FLEURETTY DE MÉXICO, S.A. DE C.V.		R.F.C.	FME07071EJ3	REGISTRO PATRONAL	C54-12388105
DIRECCIÓN (antes de "LAASSP")	CIRCUITO HACIENDA LAS GLADIOLAS NÚMERO 32 B, MZA 66, L.T. 36, COLONIA HACIENDA REAL DE TULTEPEC, MUNICIPIO TULTEPEC, ESTADO DE MÉXICO					
TELÉFONO(S)	5879 8283 Y 7652 2693	FAX	2622 2986	CORREO ELECTRÓNICO	contacto@fleuretty.com.mx fleurettydemexico@gmail.com	
ESCRITURA PÚBLICA	11,755	FECHA PÚBLICA	31 DE JULIO DE 2007	NOTARIO PÚBLICO	LICENCIADO GABRIEL IBARRA FLORES	
NOTARÍA PÚBLICA	21 DE LA CIUDAD DE PUEBLA DE ZARAGOZA	ESTABLECIMIENTO	11,755	FECHA PÚBLICA	31 DE JULIO DE 2007	
DE ACUERDO CON SUS ESTATUTOS, SU OBJETO SOCIAL CONSISTE EN RE OTROS ACTIVIDADES, EN	LA COMPRA, VENTA, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, ELABORACIÓN, MAQUILA, MANUFACTURA, DISTRIBUCIÓN, ACONDICIONAMIENTO, ENSAMBLE Y COMERCIO EN GENERAL CON TODA CLASE DE BIENES Y PRODUCTOS PARA USOS COMERCIALES, INDUSTRIALES, POR LO QUE DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA, SE MENCIONAN TODA CLASE DE PRODUCTOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO, DE LABORATORIO, DE INVESTIGACIÓN DIDÁCTICOS, QUIRÚRGICOS, ORTOPÉDICOS Y REHABILITACIÓN, DENTALES, UNIFORMES, ROPIERÍA, CALZADO, MOBILIARIO, ASÍ COMO TODA CLASE DE MATERIAL MÉDICO, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DE LABORATORIO, DE CURACIÓN, ASEO Y LIMPIEZA Y SERVICIOS DE TODA CLASE DE MANTENIMIENTO Y EQUIPAMIENTO Y SIMILARES PARA HOSPITAL.					
NOMBRE DEL APODERADO LEGAL	SALVADOR HERNÁNDEZ VARGAS	ESCRITURA PÚBLICA	21 DE LA CIUDAD DE PUEBLA DE ZARAGOZA	FECHA PÚBLICA	31 DE JULIO DE 2007	
NOTARIO PÚBLICO	LICENCIADO GABRIEL IBARRA FLORES	NOTARÍA PÚBLICA	21 DE LA CIUDAD DE PUEBLA DE ZARAGOZA	FOLIO MERCANTIL	38328 * 2	
FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES	LA FECHA MÁXIMA DE ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO", SERÁ DE 90 (NOVENTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA NATURAL SIGUIENTE AL ACTO DE COMUNICACIÓN DE FALLO.	LUGAR EN QUE SE ENTREGARÁN LOS BIENES	EL LUGAR DE ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL INSTITUTO", SERÁN LOS SEÑALADOS EN LA "GUÍA DE DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRADORES DE CONTRATO" QUE SE AGREGA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 3 (TRES)			

OBJETO DEL CONTRATO		ESFORTE SIN IVA	IVA.
ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DEL PROGRAMA DE SUSTITUCIÓN DE EQUIPO MÉDICO EN UNIDADES DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL IMSS 2017, CUYAS CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICACIONES Y CANTIDADES SE DESCRIBEN EN LOS ANEXOS 2 (DOS) Y 4 (CUATRO) DE ESTE CONTRATO.		\$25,816.00	0% ( ) 16% (X)
"EL INSTITUTO" INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  JOSÉ ROBERTO FLORES BARRIOS Apoderado Legal		"EL PROVEEDOR" FLEURETTY DE MÉXICO, S.A. DE C.V.  SALVADOR HERNÁNDEZ VARGAS Apoderado Legal	

Este instrumento jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos proporcionados por la División Contratante, correspondientes al procedimiento de contratación que se señala.

6 / OCTUBRE / 2017

L.A.H.A.H.O.P.U.C.

LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO APARECEN AL REVERSO







**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA**  
**COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y**  
**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**  
**COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS**

**Contrato Número**

**17BI0013**

**ANEXO 1 (UNO)**

**"OFICIO DE LIBERACIÓN DE INVERSIÓN (OLI)"**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

**EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 4 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA**



Lic. David Baca Grande  
Coordinador de Planeación de Infraestructura Médica

Ciudad de México, a 27 de julio de 2017

Presente

Oficio de solicitud del área requiriente: 095301671000/0307, 0352 y 0953011200/1424  
La Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica, solicita transferencia compensada de recursos entre diversos Programas y Proyectos de inversión, así como la emisión de un Oficio de Liberación de Inversión por un importe de \$7,015,680.00; referente al presupuesto 2017 del programa Equipo Médico, para la adquisición de 432 bienes correspondientes a la cartera señalada a continuación.

Capítulo: Equipamiento  
Oficio de Liberación de Inversión 2017

No.095001/683000/68300EM117/ 307 / 1643

**Descripción de Cartera del Programa y Proyecto de Inversión (PPI) de la SHCP**  
Nombre de Cartera: Programa de sustitución de equipo médico en unidades de los tres niveles de atención a la salud del IMSS, 2017.  
Clave de cartera: 1650GYR0091  
No. de solicitud: 50063  
Unidad Responsable: GYR  
Programa presupuestario: K029  
Fuente de financiamiento: 4  
Importe del ejercicio fiscal: 2,466,500,002.00  
Localización geográfica: No distribuido geográficamente

**Información del HCT del IMSS**  
Tipo OLI: Adquisición  
Proyecto PREI: 18080024  
Acuerdos: ACDO.ASS.HCT.310517/104.P.DF  
ACDO.ASS.HCT.280916/255.P.DF  
Asignación presupuestaria: 2,209,828,485.49  
Nombre del PPI: Equipo Médico

**Autorización de asignación del Oficio de Liberación de Inversión (OLI) 2017**

Se emite el presente OLI de conformidad a los artículos 35 y 45 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 158 fracción II y 158 A de su Reglamento; 25 y 45 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el numeral 8.1.2.1 del Manual de Organización de la Dirección de Finanzas y el oficio circular 099001671000/837, signado por el entonces Coordinador de Presupuesto e Información Programática en agosto de 2013, lo anterior para dar inicio a las gestiones de Adquisición de Equipamiento del Programa de Inversión Física 2017.

Unidad Responsable del Gasto (URG): 09 Nivel Central  
Número de bienes: 432  
Monto original con IVA: 7,015,680.00

( siete millones quinientos ochenta y ocho pesos 00/100 m.n.)

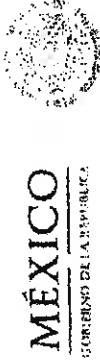
Por tanto, el monto señalado se ha registrado en el Sistema Financiero PREI Millenium para que la URG inicie los procesos de adquisición conforme al Anexo 1 que se adjunta, y con base en los artículos 3 y 169 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el numeral 7.1.20 de la Norma Presupuestaria del IMSS.

Atentamente,  
El Coordinador

José David Méndez Santa Cruz

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**





DIRECCIÓN DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
COORDINACIÓN DE PRESUPUESTO E INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA



Anexo 1 Equipamiento 2017

Clave de Cartera SHCP : 1650GYR0091  
No. solicitud de SHCP : 50083

No. de programa o proyecto PREI : 16090024  
Cuenta contable PREI : 13350109

OLI No.: 307 / 1543

Programa de sustitución de equipo médico en unidades de los tres niveles de atención a la salud del IMSS, 2017.

Clave COG	Nombre de clave COG	ID de Transac.	ID de Solicitud	CUR	Nombre de la Unidad	PREI (Módulo Presupuestal del Destino del Bien)			PREI (Módulo Central de Compras)			Monto autorizado											
						Municipio / Estado	Unificación	UI	Centro de Costo	GPO-GEN	ESP	DIF	VAR	ID de Artículo	Descripción	URG	Unificación	UI	Período Fiscal	No. de bienes	Presio Unitario con IVA	Importe Total con IVA	
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231987	00016922	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 48	CBLAYA, GTO.	11080005	112408	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231987	00016972	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 8	ZHUATANIEMO GR	12130001	120920	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231987	00016973	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 23	LA BARRA, JAL.	14140001	142208	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,440.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231987	00016933	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 18	ZAPOTILITO, JAL.	14210001	142210	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	4	16,240.00	64,960.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016923	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 56	TUAN DE AUREZ	14270001	142423	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016936	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 35	JULA DE GORDIAN	14490001	142439	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016934	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 35	JULA DE GORDIAN	14490001	142440	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016924	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 72	COCUJA	14990001	142451	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016974	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 192	MELACQUE	14980001	142454	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016975	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 75	TECOTLAN, JAL.	14790001	142463	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016976	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 89	OTUMBA	15570001	152419	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 74	TLAMAYALCO	15620001	152424	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016938	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 89	MORELIA, MICH.	17030002	172404	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016977	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 12	AUTAN, NAY.	19100001	192412	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016939	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 14	COMPOSTELA, NAY	19300001	192414	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016978	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 31	CHETLA PUE	22080001	222206	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016940	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 33	L. LARA GRAJALES	22390001	222210	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016979	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 1	PUEBLA, PUE.	22010004	222402	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	26	16,240.00	524,800.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016978	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 2	PUEBLA, PUE.	22080019	222404	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	25	16,240.00	405,000.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016920	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 55	PUEBLA, PUE.	22010001	222406	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016939	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 5	PUEBLA, PUE.	22010034	222407	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	18	16,240.00	292,320.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016920	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 12	PUEBLA, PUE.	22010040	222408	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016975	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 38	M. UALF. 38	22060005	222411	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016938	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 39	TEHUACAN, PUE.	22060005	222414	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016938	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 39	TEHUACAN, PUE.	22060005	222417	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016938	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 40	TEHUACAN, PUE.	22060005	222438	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 41	TEHUACAN, PUE.	22060005	222431	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1231988	00016937	2931	M.U. MED FAMILIAR NUM 43	TEHUACAN, PUE.	22060005	222434	200200	513-621	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACIO	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	1																					



DIRECCIÓN DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
COORDINACIÓN DE PRESUPUESTO E INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA

AGENCIADOS  
DIVISION DE CONTRATOS



MÉXICO  
GOBIERNO FEDERAL

Anexo 1 Equipamiento 2017

Clave de Cartera SHCP : 1650GTR0091  
No. solicitud de SHCP : 50083

No. de programa o proyecto PREI : 1609D024  
Cuenta contable PREI: 13350109

OLI No.: 307 / 1643

Programa de sustitución de equipo médico en unidades de los tres niveles de atención a la salud del IMSS, 2017.

Nombre del programa o proyecto :

Clave COG	Nombre de clave COG	ID de Transac.	ID de Solicitud	CUR	Nombre de la Unidad	PREI (Módulo Presupuesto del Destino del Bien)				PREI (Módulo Control de Compras)				No. de Bienes	Periodo Pobl.	Importe Unitario con IVA						
						Municipio	Ubicación	Lit	Centro de Costo	GPC GEN	ESP	OF	VAR				ID de Artículo	Descripción	UIG	URB	Urb	Urb
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318907	0000168881	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 4	GUADALUPE	34020001	542402	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318908	0000168788	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 9	ACPECION DEL O	34030002	342403	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	200000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318909	0000168594	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 35	CIERRA DE ANGELE	34480001	342420	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318910	0000168692	2931	U.M.F. N° 13	AZCAPOTZALCO	35010001	351301	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318911	0000168949	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 2	CUAUHTEMOC	35910002	352403	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	18	16,240.00	162,900.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318912	0000169025	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 5	MIGUEL HIDALGO	35910003	352402	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
83101	Equipo médico y de laboratorio	12318913	0000168941	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	MIGUEL HIDALGO	35910004	352403	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318914	0000168889	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 20	JUSTAVO A. MADEB	35910005	352404	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	6	16,240.00	97,380.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318915	0000168853	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 49	JUSTAVO A. MADEB	35910001	352405	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318916	0000168336	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 33	AZCAPOTZALCO	35540007	352408	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318917	0000168888	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 41	JUSTAVO A. MADEB	35930003	352410	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318918	0000168852	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 6	CUAUHTEMOC	35810001	352404	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318919	0000168546	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 14	JUSTAVO A. MADEB	35910002	352403	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318920	0000169008	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 120	JUSTAVO A. MADEB	35910003	352404	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318921	0000168877	2931	UNIDAD FAMILIAR NUM 37 - C.F.E	IA HICOB ARENAL	35930004	352410	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	8	16,240.00	130,000.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318922	0000168122	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 94	JUSTAVO A. MADEB	35930005	352411	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318923	0000169008	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 23	JUSTAVO A. MADEB	35930006	352412	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318924	0000168692	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 11	COYOACAN - CVC	35930007	352411	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	18	16,240.00	292,320.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318925	0000168970	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 19	COYOACAN - CVC	35930008	352412	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318926	0000168698	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 19	AB ALVARO JARRES	37910008	372402	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318927	0000168698	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 19	COYOACAN	37910010	372405	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318928	0000168694	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 19	CUAUHTEMOC	37950007	372407	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318929	0000168693	2931	MUNIDAD DE MEDICINA FAM 22	PAULENA CONTRER	37950001	372411	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	25	16,240.00	406,000.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318930	0000168692	2931	CONJUNTO SALTILLO I, HORZ Y CERR	SALTILLO	05050001	050101	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318931	0000168507	2931	UMF N° 85	RAMOS ARZPE	05910005	052402	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318932	0000180371	2931	UMF N° 82	SALTILLO	05950002	052404	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318933	0000168588	2931	MUNIDAD FAMILIAR NUM 73	SALTILLO, COAH.	05950007	052405	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318934	0000189172	2931	UMF N° 68	TORREON COAH	06080003	062406	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318935	0000189695	2931	UMF N° 69	TORREON	06080014	062410	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318936	0000189698	2931	UMF N° 67	CD. ACURA	06110007	062412	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12318937	0000168478	2931	UMF N° 81	CD. ACURA	06110009	062413	202000	513-621	2423	01	01	11584	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	08530807	085001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00

823

Anexo 1 Equipamiento 2017

Clave de Cartera SHCP : 1660GYR0091  
No. solicitud de SHCP : 50083

No. de programa o proyecto PREI : 16090024  
Cuenta contable PREI : 13360109

OLI No.: 307 / 1643

Nombre del programa o proyecto : Programa de sustitución de equipo médico en unidades de los tres niveles de atención a la salud del IMSS, 2017.

Clave COG	Nombre de clave COG	ID de Transac.	ID de Solicitud	CUR	Nombre de la Unidad	PREI (Módulo Presupuesto del Órgano del Bien)		SAI		PREI		Módulo Control de Compromisos		Monto autorizado									
						Municipio / Estado	Ubicación	UJ	Centro de Costo	QFC-GER	ESF	DIF	VAR	ID de Adicida	Descripción	URG	URG	UT	Centro de Costo	Período Fiscal	No. de Bienes	Precio Unitario en IVA	Importe Total con IVA
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319938	0000168030	2831	UMF N° 79	PIEDRAS NEGRAS	05120009	052414	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319939	0000168071	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 12	ALLIENDE COAH	05130001	052415	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319940	0000168072	2831	UMF N°15	TILLA UNION COAH	05140001	052416	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319941	0000168034	2831	UMF N°10	BIENAVENTURA	05150001	052417	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319942	0000168056	2831	UMF N° 9	FRONTERA COAH	05160001	052418	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319943	0000168073	2831	UMF N°85	HONCLOVA COAH	05160002	052419	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319944	0000168035	2831	M.U.MED FAMILIAR 5 CONSUL NUM 85	HONCLOVA COAH	05170011	052420	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319945	0000168043	2831	UMF N°25	HONCLOVA COAH	05170014	052421	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319946	0000168074	2831	UMF N°25	MIZQUIT COAH	05220001	052424	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319947	0000168074	2831	UMF N°25	SABINAS COAH	05230002	052425	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319948	0000168067	2831	UMF N°29	MIZQUIT COAH	05240001	052426	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319949	0000168016	2831	UMF N°31	MIZQUIT COAH	05250001	052427	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319950	0000168059	2831	U.MED FAMILIAR NUM 28	RANCHERIAS COAH	05300001	052430	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319951	0000168045	2831	UMF N°30	TRO CHENEGAS COAH	05330001	052431	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319952	0000168009	2831	UMF N°60	NAVA COAH	05400001	052433	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319953	0000168058	2831	UMF N°64	WORELOS COAH	05470001	052434	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319954	0000168081	2831	U.MED FAMILIAR NUM 74	INDADORES COAH	05480001	052435	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319955	0000168430	2831	UMF N°32	OCAEMPO COAH	05940001	052701	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319956	0000168118	2831	ULMF N° 11	COLIMA	06010013	052461	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319957	0000168053	2831	ULMF N° 17	HUANZANILLO	06030008	052464	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	4	16,240.00	64,960.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319958	0000168034	2831	ULMF N° 19	MILLA DE ALVARES	06140001	052411	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319959	0000168035	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 154	JUCHAPAN DE JUAN	06200010	160102	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	6	16,240.00	97,440.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319960	0000168022	2831	HGR N. 281	METEPEC	06800018	160302	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319961	0000168036	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 232	TOLUCA	06910001	162101	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319962	0000168119	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 220	TOLUCA	06910010	162404	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	7	16,240.00	113,680.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319963	0000168060	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 224	ZINACANTPEC	06920001	162406	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319964	0000168061	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 59	TLANEPANTLA	06930001	162408	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	5	16,240.00	81,200.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319965	0000168062	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 242	ENINGO DEL VAL	06930011	162416	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319966	0000168062	2831	M.U.MED FAMILIAR NUM 53	JAS ROMERO, EDC	06930001	162425	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	6	16,240.00	129,920.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319967	0000168062	2831	U.MED FAMILIAR NUM 182	PAN DE ZARAGOZA	06970002	162427	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319968	0000168068	2831	U.MED FAMILIAR NUM 233	ALLE DE BRAVO M	06140001	162430	200200	513-521	2429	01	01	11594	MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION	09	09530007	099001	290000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00





DIRECCIÓN DE FINANZAS  
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA  
COORDINACIÓN DE PRESUPUESTO E INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA

OLI No.: 307 / 1643

No. de programa o proyecto PREI: 16090024  
Cuenta contable PREI: 13350109

Anexo 1 Equipamiento 2017

Clave de Cartera SHCP : 1650G YR0091  
No. solicitud de SHCP : 60083

Programa de sustitución de equipo médico en unidades de los tres niveles de atención a la salud del IMSS, 2017.

Nombre del programa o proyecto :

Clave COG	Nombre de clave COG	ID de Transac.	ID de Solicitud	CUR	Nombre de la Unidad	PREI (Municipio / Estado)		SAI		ID de Acredit.	Descripción	URTO	URSE	Lí	Centro de Costo	Pedido	No. de bienes	Precio Unitario con IVA	Importe Total con IVA		
						Municipio	Estado	GPO-GEN	ESP											DIF	VAR
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319288	0000188760	2931	M. U MED FAMILIAR 281	VALLE DE BRAVO	16250001	16250001	16250001	16250001	16250001	09	09330007	09330007	260000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319870	0000188880	2931	U MED FAMILIAR 282	LA GUERRERO TM	16320001	16320001	16320001	16320001	16320001	09	09330007	09330007	260000	2017M09	1	16,240.00	16,240.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319871	0000188760	2931	M. UMF 249	MATEO ATENCO,	16910002	16910002	16910002	16910002	16910002	09	09330007	09330007	260000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319872	0000188821	2931	M. UMF 249 *	ACOMULCO, TOLU	16010028	16010028	16010028	16010028	16010028	09	09330007	09330007	260000	2017M09	3	16,240.00	48,720.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319873	0000188871	2931	PLANTA DE LAVAD	LUCÁ, EDO. DE M	16810031	16810031	16810031	16810031	16810031	09	09330007	09330007	260000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319874	0000188764	2931	M. PLAN 250	BENTO JUAREZ	37320002	37320002	37320002	37320002	37320002	09	09330007	09330007	260000	2017M09	8	16,240.00	129,920.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319875	0000188864	2931	M. PLAN 250	C.A. IEME	27050005	27050005	27050005	27050005	27050005	09	09330007	09330007	260000	2017M09	2	16,240.00	32,480.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319876	0000188497	2931	M. PLAN 250	MONTERREY, NL	20A10001	20A10001	20A10001	20A10001	20A10001	09	09330007	09330007	260000	2017M09	19	16,240.00	308,560.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319877	0000188765	2931	COSETELEFONIA 23	JUSTAVO A. MADRE	35A30004	35A30004	35A30004	35A30004	35A30004	09	09330007	09330007	260000	2017M09	20	16,240.00	324,800.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319878	0000188498	2931	M.H. ORTOPEDIA	JUSTAVO A. MADRE	35A30003	35A30003	35A30003	35A30003	35A30003	09	09330007	09330007	260000	2017M09	11	16,240.00	178,640.00		
53101	Equipo médico y de laboratorio	12319879	0000188498	2931	M.J.G.O.Y.P. 48	LEON, GTO.	11A10002	11A10002	11A10002	11A10002	11A10002	09	09330007	09330007	260000	2017M09	23	16,240.00	373,520.00		
<b>TOTAL:</b>																			233	1,663,200.00	7,811,680.00

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

SIN TEXTO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA**  
**COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y**  
**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**  
**COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS**

**Contrato Número**

**17BI0013**

## **ANEXO 2 (DOS)**

**"DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DE LOS BIENES OFERTADOS, TÉRMINOS  
Y CONDICIONES"**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

**EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 8 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA**



**SIN TEXTO**

## Descripción amplia y detallada de los bienes ofertados. Anexo 1.2

CLAVE SAI:	513.621.2429.01.01	FECHA IMP.:	19/04/2017
CLAVE PREI:	11594	HORA IMP.:	19:57:53
NOMBRE GENÉRICO:			
<b>MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION</b>			

LICITANTE:	FLEURETTY DE MEXICO, S.A DE C.V	MARCA:	CIASA
LICITACIÓN:	LA-019GYRO40-E10-2017	MODELO:	MS2KT
PARTIDA:	1	CATALOGO:	MESA EXPLORACION UNIVERSAL MS2KT
CANTIDAD:	432	FABRICANTE:	CONSORCIO INDUSTRIAL INTERAMERICANO, S.A DE C.V

ESPECIFICACIONES Y REQUISITOS	
1	Definición:
1.1	Equipo semifijo para realizar la exploración física de paciente en posición de decúbito.
2	Descripción:
2.1	Mesa para exploración
2.2	Que soporte un peso de 180 Kg o mayor
2.3	Estructura (largueros y travesaños) construida con perfil de lámina de acero al carbono calibre 16, de al menos 38.1 X38.1 X3.1 mm (1 1/2" X 1 1/2" X 1/8") Según repregunta se solicita: Estructura tubular cuadrado de lámina de acero de al menos 38.1 x 38.1 x 3.1 mm (1 1/2 x 1 1/2 x 1/8") pudiendo ofertar Calibre 16 de lámina de acero con un espesor de 1.52 mm.
2.3.1	Con entrepaño fabricado en lámina de acero al Carbono calibre 22.
2.3.2	Escalón frontal con superficie antiderrapante, deslizable, integrado, con huella útil no menor a 27 cm, con bordes redondeados para mayor seguridad.
2.3.3	Acabado en pintura micropulverizada epóxica, electrostática homeada de 75 micras como mínimo, código de color pantone: 2U, cool-gray. Según junta de aclaraciones se acepta rango de entre 75 y 100 micras.
2.3.4	Con las siguientes dimensiones:
2.3.4.1	Altura de 80 cm., como mínimo (medible desde el suelo a la superficie del colchón).
2.3.4.2	Longitud total de 180 cm., como mínimo (medible desde la cabecera del colchón hasta el extremo de los miembros inferiores).
2.3.4.3	Ancho de 68 cm., como mínimo.
2.4	Con tres secciones:

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL LICITANTE		
1	Definición:	
1.1	Equipo semifijo para realizar la exploración física de paciente en posición de decúbito.	
2	Descripción:	
2.1	Mesa para exploración	
2.2	La mesa tiene capacidad de carga de al menos 180 kg	Catálogo página 1
2.3	Estructura fabricada en tubular cuadrado de 38.1 x 38.1 x 1.52 mm de acero al carbón (calibre 16) con uniones soldadas con micro alambre.	Catálogo página 2
2.3.1	Entrepaño inferior fabricado en lámina de acero al carbón calibre 22 ubicado por encima /del escalón.	Catálogo página 3, referencia grafica
2.3.2	Escalón frontal, que forma parte de la misma mesa, retráctil mediante sistema de rieles autolubricados, oculto y queda por debajo del entrepaño inferior de la estructura, fabricado en su totalidad en lámina al carbón. largo de la huella de 33cm.	Catálogo página 3
2.3.3	Acabado en Pintura en polvo, homeada con proceso estándar, texturizado fino mate, epóxica, electrostática, con excelente Adhesión, Dureza, Resistencia al impacto, espesor mínimo 75 micras código de color pantone: 2U, cool-gray..	Catálogo página 2
2.3.4	Con las siguientes dimensiones:	
2.3.4.1	Altura de altura mínima de 80 cm., del piso a la superficie del colchón.	Catálogo Contraportada
2.3.4.2	Longitud total de 180 cm., de la cabecera del colchón hasta el extremo de los miembros inferiores.	Catálogo Contraportada
2.3.4.3	Ancho de 68 cm.	Catálogo Contraportada
2.4	Con tres secciones:	Catálogo página 1

## ANEXOS DIVISION DE CONTRATOS

C.P. Salvador Hernández Vargas  
Representante Legal

CLAVE SAI:	513.621..2429.01.01	FECHA IMP.:	19/04/2017
CLAVE PREI:	11594	HORA IMP.:	19:57:53
NOMBRE GENÉRICO:			
<b>MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION</b>			

LICITANTE:	TECNO COMERCIAL PAKLTI, S.A DE C.V	MARCA:	CIASA
LICITACIÓN:	LA-019GYR040-E10-2017	MODELO:	MS2KT
PARTIDA:	1	CATALOGO:	MESA EXPLORACION UNIVERSAL MS2KT
CANTIDAD:	432	FABRICANTE:	CONSORCIO INDUSTRIAL INTERAMERICANO, S.A DE C.V

ESPECIFICACIONES Y REQUISITOS	
2.4.1	Dorso, con movimiento neumático para elevación continua, ajustable de 0° a 80° o mayor.
2.4.2	Pélvica.
2.4.3	Miembros inferiores deslizables o abatibles.
2.4.3.1	Sin desnivel en relación con la sección pélvica. Según respuesta Id DEM3549 La sección deberá de estar acolchada.
2.4.3.2	En caso de ofertar sistema deslizable, sistema de rieles autolubricados.
2.5	Según precisiones se solicita: Colchón fijo de una sola pieza con espesor de 8cm (± 5%) seccionado en las secciones dorso y pelvis (que permita el movimiento neumático para la elevación de la sección de dorso).
2.5.1	Inflamable o retardante al fuego.
2.5.2	Fabricado de espuma de poliuretano de doble densidad, Según precisiones se requiere: Fabricado de espuma de poliuretano de doble densidad (dos capas), la de mayor densidad de 45 Kg/m3 o mayor, y la segunda capa con una densidad de acuerdo al diseño del fabricante. Según repreguntas se detalla la necesidad de que la de mayor densidad deberá estar por encima de la plataforma o base del respaldo y por debajo de la capa de menor densidad.
2.5.3	Con cubierta de vinil de 0.85 mm de espesor como mínimo, repelente a líquidos, antibacterial, acabado liso, color verde
2.6	Sistema de sujeción para rollo de papel Kraft de 60 cm de ancho, mediano de 50 m de largo; integrado en la parte dorsal, de acero de 3/8", acabado en cromo o de acero inoxidable.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL LICITANTE		
2.4.1.	Movimientos y mecanismos del dorso: Elevación en el rango de 0 a 80 grados con bloqueo por pistón neumático en cualquier angulación, accionado por palancas metálicas fijas al dorso, ubicadas en ambos laterales, fabricadas en redondo pulido, con sistema de tope para confinar giro.	Catalogo pagina 2 y contraportada
2.4.2	Sección pélvica, con acojinado y plataforma de MDF	Catalogo Página 3
2.4.3	Sección de miembros inferiores deslizable mediante sistema de rieles autolubricados.	Catalogo página 3
2.4.3.1	Sin desnivel con relación a la sección pélvica, con acojinado desmontable, plataforma de MDF, recubierto en vinil con espesor mínimo de 0.85 mm sin costuras, lavable, impermeable, anti-bacterial, de acabado liso.	Catalogo pagina 2 y 3 Contraportada referencia grafica
2.4.3.2	El sistema deslizable por rieles es autolubricado.	Catalogo página 3
2.5.	Colchón con Acojinado en dos secciones para separar dorso y pelvis con espesor de 8 cm, con cubierta de vinil con espesor mínimo de 0.85 mm sin costuras, lavable, impermeable, anti-bacterial, liso y que abarca las secciones dorso y pelvis.	Catalogo página 2
2.5.1.	Retardante al fuego.	Catalogo página 2
2.5.2.	Fabricado en Poliuretano de doble densidad, es decir una capa de al menos 4 cm con una densidad de 50 kg/m3 pegada a una segunda capa de poliuretano con menor densidad, para que entre ambas den una sensación superficial de suavidad y de firmeza en lo profundo, la capa de poliuretano de 50kg/m3 se ubica sobre la plataforma de MDF y por debajo de la capa de poliuretano de menor densidad.	Catalogo página 2
2.5.3.	Cubierta en vinil con espesor mínimo de 0.85mm sin costuras, lavable, impermeable, repelente a líquidos, anti-bacterias, de acabado liso, en color verde.	Catalogo página 2
2.6.	Sistema de sujeción para rollo de papel integrado a la sección de dorso, fabricado en redondo de acero terminado cromado de 3/8", con capacidad para soportar rollo de papel kraft de 60cm de ancho y 50 metros de largo.	Catalogo Contraportada Referencia grafica página 2

C.P. Salvador Hernández Vargas  
Representante Legal



CLAVE SAI: 513.621.2429.01.01      FECHA IMP.: 19/04/2017  
 CLAVE PREI: 11594      HORA IMP.: 19:57:53


NOMBRE GENÉRICO:  
**MESA UNIVERSAL PARA EXPLORACION**

LICITANTE: TECNO COMERCIAL PAKLTI, S.A DE C.V      MARCA: CIASA  
 LICITACIÓN: LA-019GYR040-E10-2017      MODELO: MS2KT  
 PARTIDA: 1      CATALOGO: MESA EXPLORACION UNIVERSAL MS2KT  
 CANTIDAD: 432      FABRICANTE: CONSORCIO INDUSTRIAL INTERAMERICANO, S.A DE C.V

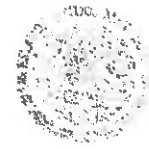
ESPECIFICACIONES Y REQUISITOS	
2.7	Charola recolectora de líquidos en acero inoxidable tipo AISI-304, calibre 24 acabado pulido, Según junta de aclaraciones, se detalla la necesidad de que la charola deberá estar ubicada en la sección pélvica o inmediatamente a esta y ser desmontable para su descontaminación.
2.8	Taloneras retractiles integradas, de aluminio o acero inoxidable.
2.8.1	Que permitan una apertura de al menos 80 cm entre taloneras.
2.8.2	Con capacidad de carga al menos 40 kg en cada talonera.
2.9	Dispositivo para acoplamiento y fijación de pierneras
2.10	Pierneras tipo Goepel desmontables, fabricadas en aluminio o acero inoxidable, acojinadas con fijadores.
2.10.1	Con bayoneta de acero de 1/2", acabado en cromo.
2.11	Niveladores o regatones en las cuatro patas con recubrimiento plástico o hule.
3	<b>Consumibles</b>
3.1	Papel Kraft 3 rollos, de 60 cm de ancho, mediano de 50m de largo. Según junta de aclaraciones se acepta Rollo de papel kraft de 45 cm x 68 m
4	<b>Mantenimiento</b>
4.1	No requiere mantenimiento preventivo.
4.2	Mantenimiento correctivo, conforme a los requisitos establecidos en la convocatoria.
5	<b>Normas — Estándares vigentes:</b>
5.1	Para bienes nacionales e internacionales: Certificado de Calidad ISO 9001:2000 o ISO 9001:2008 o ISO-13485 o TÜV.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL LICITANTE		
2.7	Contenedor desmontable para recolectar secreciones de acero inoxidable tipo AISI-304 Cal. 24 terminado pulido; ubicado inmediatamente bajo la sección pélvica.	Catalogo página 3
2.8	Dos sistemas deslizables y retráctil para taloneras, con talonera de aluminio acabado en pintura en polvo epoxica, que se abate para su guarda.	Catalogo página 3
2.8.1	Apertura entre taloneras de al menos 90cm.	Catalogo página 3
2.8.2	Capacidad de carga de la talonera de al menos 40 kg. en cada una.	Catalogo página 3
2.9	Dispositivo para acoplamiento y fijación de pierneras.	Catalogo referencia grafica página 3
2.10	Pierneras tipo Goepel de aluminio acojinadas desmontables con sistema de fijación incluidos.	Catalogo página 3
2.10.1	Con bayoneta de acero de 1/2" terminado cromado.	Catalogo página 3
2.11	Niveladores de tornillo con recubrimiento de plástico en las cuatro patas.	Catalogo página 3
3	<b>Consumibles</b>	Fotografía papel Kraft
3.1	3 rollos Papel Kraft, de 45cm x 68m	
4	<b>Mantenimiento</b>	Ver anexo 1.5
4.1	No requiere mantenimiento preventivo.	
4.2	Mantenimiento correctivo, dentro del periodo de Garantía de 48 meses.	
5	<b>Normas — Estándares vigentes:</b>	Documentos relativos al punto 2.4
5.1	Para bienes nacionales: Certificado de Calidad ISO 9001:2008, NMX-CC-9001-IMNC-2008 / ISO 9001:2008 Para procesos de fabricación y comercialización de mobiliario hospitalario, número SECMX-M-1119/16	

## ANEXOS DIVISION DE CONTRATOS

  
 C.P. Salvador Hernández Vargas  
 Representante Legal

**SIN TEXTO**



873

**ANEXO No. 1**  
**Anexo Técnico, Términos y Condiciones.**

**I. CARACTERÍSTICAS O ESPECIFICACIONES.**

Las especificaciones y requisitos de los bienes a adquirir se encuentran especificadas en el **Anexo No. 1.1 "Cédulas de Descripción de Artículo"**, debiendo considerar aquellas que resulten de la o las juntas de aclaraciones, precisando que las cantidades requeridas de Mobiliario Médico se detallan en el numeral **"II. CANTIDAD DE BIENES"**, así como en el **Anexo No. 1.3 "Guía de Distribución y Administradores de Contrato"** de la presente Convocatoria.

**II. CANTIDAD DE BIENES.**

No.	PREI	SAI	Descripción	Cantidad	Precio Máximo de Referencia s/IVA
1	11594	513.621.2429.01.01	Mesa universal para exploración.	432	14,000.00

**III. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA.**

**III.1 Plazo y lugar de entrega.**

**Plazo:** La fecha máxima de entrega de los bienes a entera satisfacción del Instituto, será de **90 días naturales** contados a partir del día natural siguiente al Acto de Comunicación de Fallo.

**Lugar de entrega:** El lugar de entrega de los bienes a entera satisfacción del Instituto, serán los señalados en el **Anexo No. 1.3 "Guía de Distribución y Administradores de Contrato"**.

**III.2 Condiciones de entrega.**

La entrega de los Bienes se realizará bajo el esquema de DDP "Entregada Derechos Pagados".

Los Bienes deberán ser suministrados y puestos en operación, conforme a lo señalado en el numeral **"II. CANTIDAD DE BIENES"**, así como en el **Anexo No. 1.3 "Guía de Distribución y Administradores de Contrato"**, para lo cual el Proveedor deberá coordinarse vía Correo Electrónico con el Administrador del Contrato, debiendo quedar constancia de recepción de dicha comunicación por parte del Administrador del Contrato, a fin de que se le indique la fecha en que la Unidad Médica se encuentre en condiciones de recibir los bienes a entera satisfacción.

El Proveedor deberá cubrir todos los gastos para mantener asegurados los bienes y absorber todos los riesgos, hasta la recepción de los mismos a entera satisfacción del Instituto.

Durante la Recepción de los bienes, se procederá a levantar el "Acta Administrativa Circunstanciada de Entrega - Recepción de Bienes de Inversión" (**Anexo No. 1.6**) en la que se procederá a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

1. La recepción de los bienes estará sujeta a la entrega de la documentación completa descrita en el contrato correspondiente (según corresponda):
  - Original y copia del pedido o contrato, incluyendo la totalidad de sus anexos.
  - Original y copia de la Remisión de Pedido.
  - Listado en el que se detallan las características del empaque, dimensiones, peso y contenido.



**SIN TEXTO**

- Original de Carta de Garantía de los bienes en la que se indique el periodo de Garantía de los Bienes ofertados y se garantice la cobertura amplia contra vicios ocultos, defectos de fabricación o cualquier daño que presenten, por el periodo establecido en el contrato, señalando los centros de servicio o canje, la descripción de la capacidad de servicio local y regional, nivel de resolución (capacidad), su base de localización, el tiempo aproximado de respuesta para reparaciones de emergencia (dentro y fuera de horario regular), indicando el correo electrónico oficial de la empresa para la comunicación de solicitud de reparación.
- Original del Programa Calendarizado de Mantenimiento Preventivo y en su caso para aquellas ofertas, de Mantenimiento Mayor, en el que se incluya la descripción de las acciones a efectuar, debiendo incluir la relación de las piezas y/o partes a verificar y/o reemplazar, de acuerdo a lo establecido en el manual de servicio del fabricante de los bienes que le sean adjudicados.
- Para el caso del Mobiliario Médico de importación, copia simple otorgada del Pedimento de importación.

2. La verificación total del embarque:

- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- Que los sellos de origen se encuentran íntegros y no se encuentran empaques rotos, mojados o daños por mal manejo.
- Que no presenta daños a simple vista.
- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- La cantidad de pallets o tarimas y/o cajas y/o bultos.
- No exista diferencia en peso, dimensiones y material de empaque.
- Que las condiciones físicas corresponden a la documentación presentada.
- Que los empaques no se encuentren mojado(s) y/o roto(s).
- Presenta buenas condiciones de manejo, verticalidad, fragilidad y humedad.
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.

3. La apertura del embarque, verificación y puesta en operación del(os) bien(es):

- Existe la debida correspondencia y congruencia entre lo adquirido y lo entregado en cuanto la cantidad, marca(s), modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s).
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.
- Los representantes asignados por el Instituto, de forma conjunta con el representante facultado del Proveedor, verifican todas y cada una de las características y especificaciones contenidas en el contrato, así como las descritas en la Descripción amplia y detallada de los bienes ofertados (Anexo No. 1.2), considerando las modificaciones que deriven de la(s) Junta(s) de Aclaraciones y demás apartados del referido instrumento legal, contra las que cuentan físicamente los bienes entregados.
- Se procederá a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien entregado.

El importe de los costos por el envío, maniobra de carga y descarga correrán a cuenta del Proveedor por lo que formarán parte del valor de las proposiciones económicas a presentar. El personal del Instituto intervendrá únicamente en la identificación y guía del espacio en el que los bienes deberán ubicarse.

En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del Instituto, imputable al Proveedor, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del "Acta Administrativa Circunstanciada de Rechazo de Bienes de Inversión" (Anexo No. 1.6.1), misma que deberá remitirse un original al Administrador del Contrato para los trámites a que haya lugar para las acciones legales conducentes.



### III.2.1 CAPACITACIÓN

Debido a la naturaleza de los bienes objeto del presente procedimiento de contratación, no se requiere programa de capacitación.

### IV. GARANTÍA DE LOS BIENES

El Proveedor deberá entregar conjuntamente con los bienes, escrito en papel membretado de éste, firmado por su representante legal, en el que se garantice los bienes por 36 meses o en caso de así haberlo ofertado, de 42 que incluye mantenimiento mayor o 48 meses, a partir de la entrega de los bienes entera satisfacción del Instituto, el cual deberá corresponder con el señalado en **Descripción amplia y detallada de los bienes ofertados (Anexo No. 1.2)**, en el que se indique la cobertura amplia contra defectos de fabricación o cualquier daño que presenten, la cual deberá contemplar los siguientes aspectos:

#### IV.1 Mantenimiento

El Proveedor deberá proporcionar durante la vigencia de la garantía de los bienes (36 meses, o en caso de así haberlo ofertado, 42 que incluye mantenimiento mayor o 48 meses) los servicios de mantenimiento:

- a. Preventivo.
- b. Correctivo.
- c. Mayor (Sólo en caso de ofertarlo con la garantía de 42 meses).

En todos los casos, éste deberá ser proporcionando todas aquellas partes y/o refacciones nuevas y originales que sean necesarias, sin costo adicional para el Instituto, conforme al listado de refacciones indicadas en el manual de servicio del fabricante, de manera tal que permitan su uso permanente y continuo y a entera satisfacción del Instituto. Asimismo, posterior al vencimiento de la garantía se deberá garantizar, durante un período mínimo de 7 (siete) años la existencia de refacciones al Instituto para los bienes motivo del procedimiento y a mantener existencias de estas refacciones durante el periodo antes señalado.

#### IV.1.A Mantenimiento preventivo

En caso de mantenimientos preventivos, el Proveedor deberá proporcionar a la entrega del bien un Programa Calendarizado o el Calendario de servicios, que incluya la descripción de las acciones a efectuar, debiendo incluir la relación de las piezas y/o partes a verificar y/o reemplazar, de acuerdo a lo establecido en el manual de servicio del fabricante de los bienes que le sean adjudicados. Tal programa calendarizado, deberá formar parte de la documentación proporcionada al Instituto en el acto de entrega recepción y en el que adicionalmente deberá indicar la base de localización de los centros de servicio o canje, el tiempo aproximado de respuesta para reparaciones de emergencia (dentro y fuera de horario regular), indicando el correo electrónico oficial de la empresa para la comunicación de solicitud tanto de mantenimientos preventivos y correctivos, para lo cual deberá de acusar de recibido indicando el Número de Reporte o Folio.

#### IV.1.B Mantenimiento correctivo

El mantenimiento correctivo será realizado por el Proveedor conforme a las necesidades del bien, a solicitud del Instituto.

En caso de mantenimiento correctivo de los bienes y que se superen los "**Tiempos máximos de reparación o atención de fallas**" el servicio no deberá ser interrumpido, se realizará de manera subrogada o en su caso, se deberá proporcionar un equipo que cuente con las mismas funciones y/o

características en calidad de préstamo o garantía y los consumibles y otros gastos por estos conceptos correrán por cuenta del Proveedor.

#### IV.1.C Mantenimiento mayor

En caso de ofertar el mantenimiento mayor, este consiste en la ejecución planificada de trabajos a realizar, con la finalidad de rehabilitar el mobiliario médico, realizando una revisión técnica completa, la cual abarca:

- Retoques o pulido de pintura y recubrimientos (carcazas, cubiertas, gabinetes, capacetes, etc.).
- Desmontaje, inspección, reparación (de ser necesaria conforme a lo que el personal del Instituto determine) y posterior montaje de los elementos del bien.
- Prueba y sustitución (de ser necesaria conforme a lo que el personal del Instituto determine) piezas rodables (como llantas, rodajas, etc.) del bien principal.
- Sustitución de los elementos: con desgaste mecánico y/o corrosión.
- Pruebas funcionales.

En cualquiera de los tres casos, los gastos que se generen con motivo de la reparación o mantenimiento, así como los gastos por concepto de traslado de los derechohabientes, correrán por cuenta del Proveedor, previa notificación del Instituto.

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 al Instituto y/o a terceros.

##### IV.1.1 Plazo y condiciones de canje o devolución del bien

Por conducto de los responsables administrativos de las Unidades Médicas, así como del administrador del contrato, podrá solicitar al Proveedor, el canje de los bienes que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o calidad inferior a la propuesta, vicios ocultos o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien puede afectar la calidad del servicio. Debiendo notificar al Proveedor dentro del periodo de 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados.

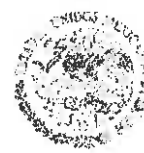
Cuando concurra alguno de los supuestos anteriores, el Proveedor deberá reparar los bienes, cuando así proceda, en un plazo máximo de 0 días hábiles o bien, reemplazarlos por bienes nuevos en un plazo máximo de 30 días hábiles, a entera satisfacción del Instituto, contando a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto, siempre que se encuentre vigente la garantía con la que se adquirió el bien.

Todos los gastos que se generen con motivo de la reparación o canje, correrán por cuenta del Proveedor.

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 al Instituto y/o a terceros.

##### IV.1.2 Plazo para notificar al Proveedor

Por conducto del administrador del contrato, solicitará vía correo electrónico al Proveedor, la reparación o canje de los bienes que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato o calidad inferior a la propuesta, o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien puede afectar la calidad del servicio. Debiendo notificar al Proveedor vía correo electrónico, dentro del periodo de 5 días hábiles siguientes al momento en que se haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos antes mencionados.



#### IV.1.3. Tiempos máximos de reparación y atención de fallas

Durante la vigencia de la Garantía de los Bienes, el Proveedor deberá reparar los bienes, cuando así proceda, en un plazo máximo de **6 días hábiles** o bien, reemplazarlos por bienes nuevos, a entera satisfacción del Instituto, en un plazo no mayor de **30 días hábiles**, en ambos casos, el plazo contará a partir de la fecha de notificación por parte del Instituto, siempre que se encuentre vigente la garantía que otorga el fabricante sobre el bien.

**6 días hábiles** posteriores al reporte por escrito, bajo la siguiente secuencia:

1. **2 días hábiles** para acudir a la unidad médica.
2. **1 día hábil** para diagnóstico.
3. **3 días hábiles** para remplazo de refacciones

En caso de mantenimiento correctivo de los bienes y que se superen los "Tiempos máximos de reparación o atención de fallas" el servicio no deberá ser interrumpido, por lo que se deberá proporcionar un bien que cuente con las mismas funciones y/o características en calidad de préstamo o garantía y los consumibles y otros gastos por estos conceptos correrán por cuenta del licitante adjudicado.

Todos los gastos que se generen con motivo de la reparación o canje, correrán por cuenta del licitante adjudicado, previa notificación del IMSS.

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

#### IV.1.4 Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico

El Proveedor deberá proporcionar a la entrega de los bienes, un escrito en formato libre, en la que se indiquen los centros de servicio o canje, la descripción de la capacidad de servicio local y regional, nivel de resolución (capacidad), su base de localización, el tiempo aproximado de respuesta para reparaciones de emergencia (dentro y fuera de horario regular), indicando el correo electrónico oficial de la empresa para la comunicación de solicitud de reparación.

#### V. CONDICIONES DE PAGO

El pago de los bienes se efectuará en pesos mexicanos, en una sola exhibición o pagos parciales por partida completa entregada, a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la representación impresa del comprobante fiscal digital y documentación comprobatoria que acredite la entrega de los bienes a entera satisfacción del Instituto, en la División de Trámite de Erogaciones, ubicada en Calle Gobernador Tiburcio Montiel No. 15, Col. San Miguel Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11850, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 14:00 horas, previa validación y autorización que para tal efecto realice el Administrador del contrato.

La documentación comprobatoria será:

1. Comprobante fiscal autorizado por el SAT en el que se indique:
  - a) Número de Proveedor
  - b) Número de Contrato
  - c) Número de tránsito o de alta(s)
  - d) Número de fianza y nombre de la afianzadora
2. Acta Administrativa Circunstanciada de Entrega - Recepción de Bienes de Inversión.
3. Copia del contrato.





4. Remisión del pedido.
5. Copia de la fianza.
6. Original de la carta garantía entregada en las unidades de destino de los bienes, debidamente sellada y firmada, conforme lo señalado en el "Acta Administrativa Circunstanciada de Entrega - Recepción de Bienes de Inversión".
7. En su caso, CFDI a Favor del IMSS por sanciones o penalizaciones en las que se indique:
  - a) Número de contrato
  - b) Número de Proveedor
8. Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social vigente a la fecha de presentación con el administrador de contrato, emitida por el IMSS, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación y de los Acuerdos ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR y ACDO.SA1.HCT.250315/52.P.DI, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero y 3 de abril de 2015, respectivamente.

1. En el caso de que algún particular:

- a) No se encuentre registrado ante este Instituto;
- b) Cuento con Registro Patronal pero no se encuentre dado de baja o;
- c) No tenga personal que sea sujeto de aseguramiento obligatorio, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley del Seguro social.

No podrá obtener la citada opinión, por lo cual, dicho particular podrá dar cumplimiento a tal requerimiento presentando lo siguiente:

- I. Documento emitido por este Instituto (resultado de la consulta en el sistema para obtener la Opinión), en el que se haga constar que no se puede emitir la Opinión de cumplimiento, de conformidad con la Regla Quinta del Anexo Único del ACDO.SA1.HCT.101214/281.P.DIR;
- II. Escrito libre, bajo protesta de decir verdad, que no le es posible obtener la multicitada opinión, justificando el motivo y anexando el documento en el que conste que no se puede emitir la misma y;
- III. En el caso de que el particular manifieste que presta sus servicios a través de trabajadores subcontratados con un tercero, deberá presentar en tal caso, junto con la documentación citada en los dos incisos anteriores, la Opinión de cumplimiento de obligaciones del subcontratante, vigente y positiva (lo anterior en términos del artículo 14-A de la Ley del Seguro Social).

2. Para los casos de contratos que se formalicen con personas físicas que presten sus servicios por sí mismos y por lo tanto no cuenten con un Registro Patronal ni tengan trabajadores registrados ante el Instituto, el particular deberá manifestar mediante escrito libre, bajo protesta de decir verdad, que no le es posible obtener la multicitada opinión, justificando el motivo y anexando el documento /resultado de la solicitud de Opinión que le da el Sistema Institucional) en el que conste que no se puede emitir la misma.

3. En el caso de aquellos patrones (Proveedores o contratistas y sus subcontratados) que tengan más de un Registro Patronal ante el Instituto y alguno o más de uno de éstos Registros no se encuentra al corriente en el cumplimiento de las multicitadas obligaciones, no se podrá considerar que se encuentra al corriente en el cumplimiento de dichas

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS



obligaciones, aun cuando el registro patronal que haya utilizado para el contrato de que se trate sí se encuentra al corriente en sus pagos, por lo que deberá regularizar todos sus Registros a efecto de poder obtener la Opinión positiva.

Para el trámite de pago en el contrato se deberá indicar que el Proveedor deberá expedir sus comprobantes fiscales digitales en el esquema de facturación electrónica, con las especificaciones normadas por el SAT a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231145, domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476, Colonia Juárez, C.P. 06600, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, para la validación de dichos comprobantes el Proveedor deberá cargar en Internet, a través del Portal de Servicios a Proveedores de la página del IMSS el archivo en formato XML, la validez de los mismos será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

En el contrato se deberá indicar que el Proveedor se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor del IMSS previamente validados en el Portal de Servicios a Proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del Contrato para su autorización expresa, debiendo éste informar a las áreas de trámite de erogaciones de dicha justificación y Reposición del Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) en su caso.

En caso de aplicar, el contrato deberá señalar que el Proveedor deberá entregar el CFDI a favor del IMSS por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

En ningún caso, se deberá autorizar el pago de los bienes o servicios, si no se ha determinado, calculado y notificado al Proveedor las penas convencionales o deducciones pactadas en el contrato, así como su registro y validación en el Sistema PREI Millenium.

El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancario que el IMSS tiene en operación, para tal efecto en los contratos se deberá incluir el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal, a menos que el Proveedor acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello.

El pago se depositará en la fecha programada, a través del esquema interbancario si la cuenta bancaria del Proveedor está contratada con BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC, o SCOTIABANK INVERLAT o a través del esquema interbancario SPEI (Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios) si la cuenta pertenece a un banco distinto a los antes mencionados.

Las URG deberán registrar los contratos y su dictamen presupuestal en el Sistema PREI Millenium para el trámite de pago correspondiente.

Para que el Proveedor pueda celebrar un contrato de cesión de derechos de cobro, mismo que deberá notificarlo por escrito al IMSS con un mínimo de cinco días naturales anteriores a la fecha de pago programada, el Administrador del Contrato o en su caso el titular del Área Requiriente, deberá entregar los documentos sustantivos de dicha cesión el área responsable de autorizar dicha cesión.

El Proveedor podrá optar por cobrar a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C. Institución de Banca de Desarrollo con el IMSS.

## VI. PENAS CONVENCIONALES.

El Instituto aplicará la pena convencional por cada día de atraso en la entrega de los bienes a entera satisfacción del Instituto, por el equivalente al 1.25%, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, cuando el Proveedor no entregue a entera satisfacción del Instituto, los bienes que le hayan sido requeridos en los plazos previstos de la presente Convocatoria.



Asimismo, se le aplicará pena convencional en los mismos términos señalados anteriormente, cuando el Proveedor no reponga dentro del plazo señalado en el numeral IV.1.1 Plazo y condiciones de canje o devolución del bien, de la presente Convocatoria, los bienes que el Instituto haya solicitado para su canje.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de los bienes entregados con atraso. La suma de todas las penas convencionales aplicadas al Proveedor no deberá exceder el importe de la garantía de cumplimiento.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96, del Reglamento de la LAASSP, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.

#### VII. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:

El licitante ganador, para garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato adjudicado, deberá presentar fianza expedida por afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, por un importe equivalente al 10% (diez por ciento) del monto total del contrato, sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el tipo de moneda ofertada, conforme al Anexo No. 2.1 de la presente convocatoria.

La garantía de cumplimiento a las obligaciones del contrato, únicamente podrá ser liberada mediante autorización que sea emitida por escrito, por parte del Instituto, a través del Administrador del Contrato.

Esta garantía deberá presentarse a más tardar, dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de firma del contrato, en términos del artículo 48 de la LAASSP.

Las obligaciones cuyo cumplimiento se garantiza son indivisibles, por lo que dicha garantía se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas, en razón de las características, cantidad y destino de los bienes objeto de la contratación.

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

**SIN TEXTO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA**  
**COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y**  
**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**  
**COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS**

**Contrato Número**

**17BI0013**

### **ANEXO 3 (TRES)**

**"GUÍA DE DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRADORES DE CONTRATO, ACTAS ADMINISTRATIVAS CIRCUNSTANCIADAS DE ENTREGA – RECEPCIÓN Y RECHAZO DE BIENES DE INVERSIÓN"**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

**EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 9 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA**



**SIN TEXTO**

Table with columns: No. Contrato, Tipo de Contrato, Nombre del Contratista, Domicilio del Contratista, Representante Legal, Cargo, Correo Electrónico, Teléfono, Monto del Contrato, Fecha de Inicio, Fecha de Término, Estado del Contrato, Observaciones. The table lists various medical equipment and service contracts across different states of Mexico.





**ANEXO No. 1.6**  
**Acta Administrativa Circunstanciada de Entrega - Recepción de Bienes de Inversión**

Número consecutivo de acta: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_  
Hoja \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la Unidad Médica \_\_\_\_\_, en presencia de los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y el(los) representante(s) de la empresa \_\_\_\_\_, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la **RECEPCIÓN DEL(LOS) BIEN(ES) con las especificaciones que se detallan a continuación:**

(NOTA IMPORTANTE: En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).

i. Descripción general del(los) bien(es) recibidos:

Relación de Bienes						
Nombre	Marca	Modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s)	Cantidad	Clave SAI	Clave PREI	Servicio de ubicación final del bien

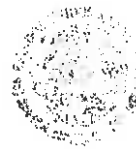
Proceso de adquisición:	Contrato Número:	Fincado a la empresa:	Domicilio de la empresa:	Teléfono de la empresa:	Correo electrónico de la empresa:

Se procedió a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

**A. Documentación recibida.**

La documentación recibida por parte del Proveedor corresponde íntegramente a lo siguiente:

- Original y copia del pedido o contrato, incluyendo la totalidad de sus anexos.
- Original y copia de la Remisión de Pedido.
- Listado en el que se detallan las características del empaque, dimensiones, peso y contenido.
- Original de Carta de Garantía de los bienes en la que se indique el periodo de Garantía de los Bienes ofertados y se garantice la cobertura amplia contra vicios ocultos, defectos de fabricación o cualquier daño que presenten, por el periodo establecido en el contrato, señalando los centros de servicio o canje, la descripción de la capacidad de servicio local y regional, nivel de resolución (capacidad), su base de localización, el tiempo aproximado de respuesta para reparaciones de emergencia (dentro y fuera de horario regular), indicando el correo electrónico oficial de la empresa para la comunicación de solicitud de reparación.



- Original del Programa Calendarizado de Mantenimiento Preventivo y en su caso para aquellas ofertas, de Mantenimiento Mayor, en el que se incluya la descripción de las acciones a efectuar, debiendo incluir la relación de las piezas y/o partes a verificar y/o reemplazar, de acuerdo a lo establecido en el manual de servicio del fabricante de los bienes que le sean adjudicados.
- Para el caso del Mobiliario Médico de importación, copia simple cotejada del Pedimento de importación.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Por lo que revisado lo anterior, se procedió a recibir el embarque y se verifican las condiciones de empaque y embalaje siguientes:

**B. Condiciones de los empaques y embalaje verificadas:**

- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- Que los sellos de origen se encuentran íntegros y no se encuentran empaques rotos, mojados o daños por mal manejo.
- Que no presenta daños a simple vista.
- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- La cantidad de pallets o tarimas y/o cajas y/o bultos
- No existe diferencia en peso, dimensiones y material de empaque.
- Que las condiciones físicas corresponden a la documentación presentada.
- Que los empaques no se encuentran mojado(s) y/o roto(s).
- Presenta buenas condiciones de manejo, verticalidad, fragilidad y humedad.
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Una vez realizada la verificación anterior y encontrándose que el bien en buen estado se procedió a la instalación del bien entregado, bajo las siguientes especificaciones:

**C. Apertura del embarque, instalación y verificación de(los) bien(es).**

- Existe la debida correspondencia y concordancia entre lo adquirido y lo entregado en cuanto a la cantidad, marca(s), modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s).
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.
- Los C. \_\_\_\_\_ y C. \_\_\_\_\_, de forma conjunta con el representante facultado del Proveedor, verifican todas y cada una de las características y especificaciones contenidas en el contrato, así como las descritas en la Descripción amplia y detallada de los bienes ofertados, considerando las modificaciones que deriven de la(s) Junta(s) de Aclaraciones y demás apartados del referido instrumento legal, contra las que cuentan físicamente los bienes entregados.
- Se procedió a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien entregado.

Observaciones: \_\_\_\_\_

NOTA: en caso de no aplicar alguno de éstos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.





Se levanta la presente acta y se hace constar que el(os) bien(es) descrito(s) queda(n) en poder del Instituto.

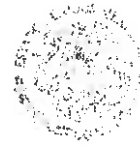
No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente a las \_\_\_\_ horas del día de su inicio, firmando la presente al calce y al margen en original, por cuadruplicado, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados para contraer las obligaciones que de éste se deriven, quedando un original en poder del Responsable del área usuaria del(os) bien(es) de la Unidad de Destino Final para el expediente respectivo y hace entrega de dos tantos originales al Proveedor para el trámite de pago correspondiente, y el último juego original se procede a enviar al Administrador del Contrato y una copia simple al Área Contratante para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como copia simple a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trata para su conocimiento.

**FIRMANTES**

<b>Unidad Médica</b>		<b>(Se deberá indicar la Unidad Médica destino de los bienes)</b>	
<b>Administrador del Contrato</b>		<b>Director o Administrador o Responsable Administrativo del Control de Bienes de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)</b>	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
<b>Responsable del área usuaria del(os) bien(es)</b>		<b>Responsable del área de Conservación de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)</b>	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
<b>Responsable de Ingeniería Blomédica (en caso de ser requerido)</b>		<b>Representante(s) Legal del Proveedor asignado y facultado para la entrega del(os) bien(es)</b>	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma)	(Antefirma)

NOTAS IMPORTANTES:

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**



1. LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA PRESENTE ACTA, DEBERÁN CONTENER LA ANTEFIRMA DE LOS SERVIDORES QUE SUSCRIBEN AL FINAL DE LA MISMA.
2. EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE CAMBIO DE PERSONAL, EL RESPONSABLE DE FORMALIZAR EL ACTA SERÁ EL SERVIDOR PUBLICO QUE LLEGUE A OCUPAR EL "CARGO INDICADO"
3. EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.



**Instructivo de llenado Acta Administrativa Circunstanciada de Entrega, Recepción, y Puesta en Operación de Bienes de Inversión.**

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la Unidad Médica \_\_\_\_\_, en presencia de los servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y el(los) representante(s) de la empresa \_\_\_\_\_, se levanta la presente acta a fin de hacer constar la RECEPCIÓN DEL(LOS) BIEN(ES) con las especificaciones que se detallan a continuación:

**(NOTA IMPORTANTE: En caso de detectarse algún incumplimiento o circunstancia que impida la recepción a entera satisfacción del instituto, de acuerdo a lo establecido en el contrato que ampara la adquisición del bien, deberá procederse al levantamiento del Acta Circunstanciada de Rechazo de los bienes).**

I. Descripción general del(los) bien(es) recibidos:

Relación de Bienes						
Nombre <sup>1</sup>	Marca	Modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s)	Cantidad	Clave SA	Clave PMSI	Servicio de ubicación final del bien <sup>2</sup>

Proceso de adquisición: <sup>3</sup>	Contrato Número: <sup>4</sup>	Ficador o la empresa: <sup>5</sup>	Domicilio de la empresa: <sup>6</sup>	Teléfono de la empresa: <sup>7</sup>	Correo electrónico de la empresa: <sup>8</sup>

Se procedió a la verificación de los siguientes aspectos, de conformidad con el contrato de referencia:

A. Documentación recibida.

La documentación recibida por parte del Proveedor corresponde íntegramente a lo siguiente:

- Original y copia del pedido o contrato, incluyendo la totalidad de sus anexos.
- Original y copia de la Remisión de Pedido.
- Listado en el que se detallan las características del empaque, dimensiones, peso y contenido.
- Original de Carta de Garantía de los bienes en la que se indique el periodo de Garantía de los Bienes ofertados y se garantice la cobertura amplia contra vicios ocultos, defectos de fabricación o cualquier daño que presenten, por el periodo establecido en el contrato, señalando los centros de servicio o canje, la descripción de la capacidad de servicio local y regional, nivel de resolución (capacidad), su base de localización, el tiempo aproximado de respuesta para reparaciones de emergencia (dentro y fuera de horario regular), indicando el correo electrónico oficial de la empresa para la comunicación de solicitud de reparación.

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**



887

- Original del Programa Calendarizado de Mantenimiento Preventivo y en su caso para aquellas ofertas, de Mantenimiento Mayor, en el que se incluya la descripción de las acciones a efectuar, debiendo incluir la relación de las piezas y/o partes a verificar y/o reemplazar, de acuerdo a lo establecido en el manual de servicio del fabricante de los bienes que le sean adjudicados.
- Para el caso del Mobiliario Médico de importación, copia simple cotejada del Pedimento de importación.

Observaciones: \_\_\_\_\_

9

Por lo que revisado lo anterior, se procedió a recibir el embarque y se verifican las condiciones de empaque y embalaje siguientes:

**B. Condiciones de los empaques y embalaje verificadas:**

- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- Que los sellos de origen se encuentran íntegros y no se encuentran empaques rotos, mojados o daños por mal manejo.
- Que no presenta daños a simple vista.
- Que las condiciones físicas corresponden a la lista de empaque.
- La cantidad de pallets o tarimas y/o cajas y/o bultos
- No existe diferencia en peso, dimensiones y material de empaque.
- Que las condiciones físicas corresponden a la documentación presentada.
- Que los empaques no se encuentran mojado(s) y/o roto(s).
- Presenta buenas condiciones de manejo, verticalidad, fragilidad y humedad.
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.

Observaciones: \_\_\_\_\_

9

Una vez realizada la verificación anterior y encontrándose que el bien en buen estado se procedió a la instalación del bien entregado, bajo las siguientes especificaciones:

**C. Apertura del embarque, instalación y verificación de(los) bien(es).**

- Existe la debida correspondencia y concordancia entre lo adquirido y lo entregado en cuanto la cantidad, marca(s), modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s).
- La actividad se realiza de acuerdo a lo determinado por el fabricante.
- Los C. \_\_\_\_\_ y C. \_\_\_\_\_, de forma conjunta con el representante facultado del Proveedor, verifican todas y cada una de las características y especificaciones contenidas en el contrato, así como las descritas en la Descripción amplia y detallada de los bienes ofertados, considerando las modificaciones que deriven de la(s) Junta(s) de Aclaraciones y demás apartados del referido instrumento legal, contra las que cuentan físicamente los bienes entregados.
- Se procedió a la verificación del correcto funcionamiento y operación del bien entregado.

Observaciones: \_\_\_\_\_

9

NOTA: en caso de no aplicar alguno de estos procesos porque no se encuentran contemplados en el contrato respectivo, especificarlo claramente en este apartado.



Se levanta la presente acta y se hace constar que el bien(es) descrito(s) queda(n) en poder del Instituto.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente a las \_\_\_\_\_ horas del día de su inicio, firmando la presente al calce y al margen en original, por cuadruplicado, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados para contraer las obligaciones que de éste se deriven, quedando un original en poder del Responsable del área usuaria del(os) bien(es) de la Unidad de Destino Final para el expediente respectivo y hace entrega de dos tantos originales al Proveedor para el trámite de pago correspondiente, y el último juego original se procede a enviar al Administrador del Contrato y una copia simple al Área Contratante para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como copia simple a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trate para su conocimiento.

**FIRMANTES**

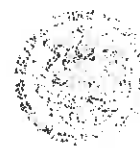
Unidad Médica		(Se deberá indicar la Unidad Médica destino de los bienes)			
Administrador del Contrato		Director o Administrador o Responsable Administrativo del Control de Bienes de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)			
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
Responsable del área usuaria del(os) bien(es)		Responsable del área de Conservación de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)			
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
Responsable de Ingeniería Biomédica (en caso de ser requerido)		Representante(s) Legal del Proveedor asignado y facultado para la entrega del(os) bien(es)			
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma)	(Antefirma)	(Firma)	(Antefirma)

**NOTAS IMPORTANTES:**

1. LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA PRESENTE ACTA, DEBERÁN CONTENER LA ANTEFIRMA DE LOS SERVIDORES QUE SUSCRIBEN AL FINAL DE LA MISMA.
2. EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE CAMBIO DE PERSONAL, EL RESPONSABLE DE FORMALIZAR EL ACTA SERÁ EL SERVIDOR PUBLICO QUE LLEGUE A OCUPAR EL "CARGO INDICADO"

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**





3. EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.

No.	Dato	Anotar
1	Nombre	Nombre completo del bien
2	Servicio de ubicación final del bien	Anotar el área específica dentro de la unidad donde será ubicado el bien
3	Proceso de adquisición	Número de licitación o adjudicación
4	Contrato Número	Número de contrato que ampara la adquisición del bien recibido
5	Fincado a la empresa	Nombre completo de la empresa adjudicada
6	Domicilio de la empresa	Dirección oficial completa de la empresa adjudicada
7	Teléfono de la empresa	Número telefónico oficial de la empresa
8	Correo electrónico de la empresa	Correo electrónico oficial de la empresa
9	Observaciones	Consignar cualquier situación que por obligación de los responsables deba reportarse
10	Los C. _____ y C. _____	Nombre(s) de él(los) responsable(s) de verificar el o los bienes en el presente acto de entrega recepción
11	Responsable de Ingeniería Biomédica (en caso de ser requerido)	Se convocará al Responsable de Ingeniería Biomédica en caso de requerir asesoría técnica especializada



ANEXO No. 1.6.1 Acta Administrativa Circunstanciada de Rechazo de Bienes de Inversión

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día: \_\_\_\_\_ del mes: \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en el domicilio de \_\_\_\_\_ se levanta la presente Acta para hacer constar la RECEPCIÓN DEL(LOS) BIEN(ES) con las siguientes especificaciones:

Table with 6 columns: Nombre, Marca, Modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s), Cantidad, Clave SAI, Clave PREI

De cual se cuenta con la siguiente información adicional:

Table with 4 columns: Unidad Destino, Delegación, Nombre de la empresa, Dirección de la empresa, Teléfono, Correo electrónico de la empresa, Procedimiento de adquisición No., Contrato No.

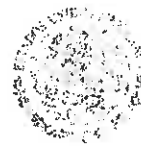
El motivo del rechazo obedece a las siguientes razones que a continuación se exponen:

Large empty rectangular box for providing reasons for rejection.

Se levanta la presente acta y se hace constar que el(los) bien(s) descrito(s) fue(ron) regresado(s) íntegramente al Proveedor.

Se establece el compromiso por parte del Proveedor para la nueva fecha de entrega del(os) bien(es) el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, siempre y cuando la nueva fecha se encuentre dentro del plazo establecido en la cláusula correspondiente para la entrega recepción del bien.

No habiendo otro asunto que hacer constar, se levanta la presente a las \_\_\_\_\_ horas del día de su inicio, firmando la presente al calce y al margen en original, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados para contraer las obligaciones que de éste se deriven, quedando el original en poder del Administrador de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es) para el expediente



respectivo y hace entrega de una copia al Proveedor, y se procede a enviar otra copia al Administrador del Contrato, al Área Adquirente para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trate para su conocimiento.

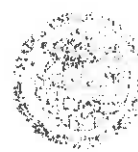
**FIRMANTES**

Unidad Médica (Se deberá indicar la Unidad Médica destino de los bienes)	
Administrador del Contrato	Director o Administrador o Responsable Administrativo del Control de Bienes de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)
(Firma y matrícula)	(Firma y matrícula)
(Antefirma)	(Antefirma)
Responsable del área usuaria del(os) bien(es)	Responsable del área de Conservación de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)
(Firma y matrícula)	(Firma y matrícula)
(Antefirma)	(Antefirma)
Responsable de Ingeniería Biomédica (en caso de ser requerido)	Representante(s) Legal del Proveedor asignado y facultado para la entrega del(os) bien(es)
(Firma y matrícula)	(Firma)
(Antefirma)	(Antefirma)

**NOTAS IMPORTANTES:**

- LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA PRESENTE ACTA, DEBERÁN CONTENER LA ANTEFIRMA DE LOS SERVIDORES QUE SUSCRIBEN AL FINAL DE LA MISMA.
- EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE CAMBIO DE PERSONAL, EL RESPONSABLE DE FORMALIZAR EL ACTA SERÁ EL SERVIDOR PÚBLICO QUE LLEGUE A OCUPAR EL "CARGO INDICADO"
- EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.
- SE DEBERÁ DAR AVISO AL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, ANEXANDO UNA COPIA SIMPLE DEL ACTA.





Se establece el compromiso por parte del Proveedor para la nueva fecha de entrega del(os) bien(es) el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_, siempre y cuando la nueva fecha se encuentre dentro del plazo establecido en la cláusula correspondiente para la entrega recepción del bien.  
No habiendo otro asunto que hacer constar, siendo las \_\_\_\_ horas del día de su inicio, firmando la presente al calce y al margen en original, los que intervinieron en el presente evento y que se encuentran debidamente facultados para contraer las obligaciones que de éste se deriven, quedando el original en poder del Administrador de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es) para el expediente respectivo y hace entrega de una copia al Proveedor, y se procede a enviar otra copia al Administrador del Contrato, al Área Adquirente para su conocimiento y para los efectos legales y administrativos correspondientes, así como a la Coordinación Normativa de nivel central que en su caso, haya participado como área técnica de acuerdo al contrato de que se trate para su conocimiento.

**FIRMANTES**

Unidad Médica		(Se deberá indicar la Unidad Médica destino de los bienes)	
Administrador del Contrato		Director o Administrador o Responsable Administrativo del Control de Bienes de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
Responsable del área usuaria del(os) bien(es)		Responsable del área de Conservación de la Unidad de Destino Final del(os) bien(es)	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma y matrícula)	(Antefirma)
Responsable de Ingeniería Biomédica (en caso de ser requerido)		Representante(s) Legal del Proveedor asignado y facultado para la entrega del(os) bien(es)	
(Firma y matrícula)	(Antefirma)	(Firma)	(Antefirma)

**NOTAS IMPORTANTES:**

- LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS QUE CONFORMEN LA PRESENTE ACTA, DEBERÁN CONTENER LA ANTEFIRMA DE LOS SERVIDORES QUE SUSCRIBEN AL FINAL DE LA MISMA.
- EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE CAMBIO DE PERSONAL, EL RESPONSABLE DE FORMALIZAR EL ACTA SERÁ EL SERVIDOR PÚBLICO QUE LLEGUE A OCUPAR EL "CARGO INDICADO"
- EL PRESENTE FORMATO CONTIENE LO MÍNIMO INDISPENSABLE QUE DEBE CONTENER EL ACTA CIRCUNSTANCIADA, EL CUAL ÚNICAMENTE TIENE CARÁCTER ORIENTATIVO MÁS NO LIMITATIVO, PARA LAS ÁREAS RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.
- SE DEBERÁ DAR AVISO AL ADMINISTRADOR DE CONTRATO, ANEXANDO UNA COPIA SIMPLE DEL ACTA.



No.	Dato	Anotar
1	Nombre	Nombre completo de bien que se rechaza en este acto.
2	Unidad o UMAE Destino	Nombre de la Unidad Médica delegacional o la Unidad Médica de Alta Especialidad en que se elabora el acta.
3	Delegación	Delegación a la que pertenece la Unidad Médica.
4	Marca	Marca del bien.
5	Modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s)	Modelo(s) y/o número(s) de parte(s) y/o catálogo(s) del bien.
6	Cantidad	Número de bienes que en el acto se entregan.
7	Nombre de la empresa	Nombre completo de la empresa adjudicada.
8	Dirección de la empresa	Dirección de la empresa con código postal.
9	Teléfono de la empresa	Teléfono fijo de la empresa.
10	Correo electrónico de la empresa	Correo electrónico oficial de la empresa.
11	Procedimiento de adquisición	Número de licitación o adjudicación.
12	No. Contrato	Número contrato que contempla la adquisición del bien recibido.
13	Responsable de Ingeniería Biomédica (en caso de ser requerido)	Se convocará al Responsable de Ingeniería Biomédica en caso de requerir asesoría técnica especializada

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**



**SIN TEXTO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA**  
**COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y**  
**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**  
**COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y CONTRATOS**

**Contrato Número**

**17BI0013**

**ANEXO 4 (CUATRO)**

**"PROPUESTA ECONÓMICA Y GARANTÍA DE LOS BIENES"**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**

**EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 3 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA**

**SIN TEXTO**

**ANEXO No. 5  
PROPOSICIÓN ECONÓMICA**

PROCEDIMIENTO:		LA-0183YR040-E-ID-2017		FECHA:		05 DE SEPTIEMBRE DE 2017			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE:		FLEURETTY DE MEXICO, S.A. DE C.V.							
Partida	PRECIO	SAI	DESCRIPCIÓN	Cantidad	PRECIO UNITARIO	Porcentaje de Descuento (Máximo aceptable con el de Comparación)	Descuento	Precio Unitario con Descuento (Máx)	Importe Total ofertado (Máx)
1	11246	531,086,0157,02,01	Masa universal para exploración.	432	14,000	7.00%	1,092.00	12,908.00	5,678,256.00
<b>SUBTOTAL</b>									<b>5,976,296.00</b>
<b>I.V.A.</b>									<b>892,280.96</b>
<b>TOTAL</b>									<b>6,468,466.96</b>

TOTAL CON LETRA: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS 96/100 M.N.

LOS PRECIOS Y PORCENTAJES DE DESCUENTO OFERTADOS SON FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

## ANEXOS DIVISION DE CONTRATOS

C.P. SALVADOR HERNANDEZ VARGAS  
REPRESENTANTE LEGAL



**SIN TEXTO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
LICITACION PUBLICA INTERNACIONAL BAJO LA  
COBERTURA DE LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO  
QUE CONTENGAN EL CAPITULO DE COMPRAS, ELECTRONICA**

**No. LA-019GYR040-E10-2017**

**GARANTIA 48 MESES**

**C.P. SALVADOR HERNANDEZ VARGAS COMO REPRESENTANTE LEGAL DE FLEURETTY DE MEXICO, S.A. DE C.V. MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS ENTREGAREMOS CONJUNTAMENTE CON LOS BIENES UNA GARANTIA DE LOS MISMOS POR 48 MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA Y ARMADO A ENTERA SATISFACCION DEL INSTITUTO.**

**ATENTAMENTE**



---

**SALVADOR HERNANDEZ VARGAS  
REPRESENTANTE LEGAL**

**ANEXOS**  
**DIVISION DE CONTRATOS**





**SIN TEXTO**