

Cuernavaca, Mor. a 22 de septiembre del 2026

SOLICITUD DE COTIZACIÓN
ADJUDICACION DIRECTA INTERNACIONAL BAJO LA COBERTURA DE TRATADOS ELECTRÓNICA S18/AD/071/2026.
C. PROVEEDORES
P r e s e n t e.

Por este conducto se hace una cordial invitación para participar en el procedimiento de compra en su modalidad de Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados Electrónica, para la posible Contratación de **"BIENES DE CONSUMO: INSUMOS DE EQUIPO MÉDICO CON EQUIPO A COMODATO,2026"** a fin de cubrir necesidades del día siguiente al fallo al 31 de diciembre 2026, de este Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.

Lo anterior de conformidad con los artículos **35 fracción III y 54 fracción II,** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector público (LAASSP), su Reglamento, las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios y demás disposiciones aplicables en la materia y de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

1. CONDICIONES GENERALES

a) Las proposiciones deberán presentarse en idioma español
b) Se cuenta con el recurso presupuestal para el ejercicio 2026, de conformidad con el certificado de disponibilidad presupuestal previo: 0000433675-2026.
c) Los contratos se emitirán a más tardar dentro de los 15 días hábiles posteriores a la notificación de la Adjudicación, misma que se realizará a través del sistema Compras M
d) X y/o vía correo electrónico.
e) El licitante adjudicado deberá firmar el contrato de la presente solicitud de cotización, dentro de los quince días posteriores a la notificación, en el Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos en Compras MX.
f) En montos superior a $300,000.00, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA) deberá exhibir las constancias de cumplimiento de obligaciones fiscales, (SAT) y de obligaciones fiscales en material de seguridad social (IMSS e INFONAVIT) vigente y positiva.
g) El licitante adjudicado deberá presentar garantía de cumplimiento del contrato por el 10% del monto máximo del mismo sin incluir I.V.A. a través de Fianza expedida por Afianzadora debidamente constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, o cheque certificado en su caso, a más tardar dentro de los diez días naturales siguientes a la firma del contrato, salvo que la entrega de los bienes o la prestación de los servicios se realice dentro del citado plazo.
h) Vigencia de la contratación: a partir del día de la asignación o fallo hasta el 31 de diciembre de 2026.





2. TIPO DE ABASTECIMIENTO.

Se adjudicará el 100% de la totalidad de los requerimientos de una Partida a un solo licitante; un licitante podrá participar en varias partidas.

3. PLAZO, LUGAR, CONDICIONES DEL SERVICIO

Se requiere el 100% de los bienes sin parcialidades, para la entrega no mayor a 20 días naturales después de la asignación o fallo. Si el día 20 es inhábil, se podrá entregar al día hábil inmediato posterior.

Los licitantes ganadores, deberán enviar a más tardar hasta 3 días naturales después de la emisión de los fallos o asignación los calendarios de entrega, instalación y capacitación respetando los tiempos de entrega estipulados en el párrafo anterior, a los correos: Jorge.suarez@imss.gob.mx

El oferente ganador, podrá entregar los bienes contenidos en el pedido antes del vencimiento del plazo establecido en el oficio de asignación. Para tal efecto previa conformidad del Administrador del contrato y la Coordinación de Ingeniería Biomédica.

Debido al volumen que pueda representar la entrega del o los pedido(s)/contrato(s) el proveedor ganador puede entregar por partida completa. El resto de partidas no deberá exceder la fecha límite estipulada, en caso contrario, se hará el cálculo a través del principio de proporcionalidad y de acuerdo a lo estipulado en el inciso h. de los términos y condiciones.

La transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el andén del lugar de entrega serán a cargo del proveedor, así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos de conformidad por el IMSS.

Durante la recepción, los bienes estarán sujetos a una verificación visual completa de los bienes, con objeto de revisar que se entreguen conforme con la descripción del Catálogo de Artículos, así como con las condiciones requeridas en la presente Invitación, considerando cantidad, empaques y envases en buenas condiciones.

Para el caso que corresponda, será causal de la No Recepción de los bienes, si estos no son entregados con los insumos relacionados con el mismo para su uso y/o consumo. De tal forma que de presentarse esta situación será considerada como un incumplimiento y se aplicará la sanción correspondiente.

- La entrega de los bienes deberá realizarse en tarimas y emplayado por el proveedor.
- Los bienes deberán venir etiquetados de manera individual son los siguientes datos: Clave a 14 dígitos; RFC del proveedor, Lote y Caducidad, etiquetado de manera individual y en caja colectiva •No se acepta entrega por Mensajería o Paquetería, sólo si estos son con entrega a detalle.
- La entrega deberá ser sin parcialidades.
- Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de entrega establecidas en la presente invitación, el IMSS, no dará por recibidos y aceptados los bienes.





En el Almacén Delegacional ubicado en Av. Plan de Ayala esquina Av. Central No. 1201, Col Ricardo Flores Magón C.P.62450, Cuernavaca Morelos de lunes a viernes en un horario de 08:30 a 14:00 hrs con el Responsable Sanitario.

Unidad	Tipo de entrega	Dirección
Almacén Delegacional	Bienes de Consumo	Av. Plan de Ayala Esquina Av. Central, No. 1201, Colonia Ricardo Flores Magón, C.P. 62450, Cuernavaca Morelos

- El proveedor deberá entregar las siguientes cantidades de equipos en comodato, sin costo extra para el Instituto:

Unidad: HGR 1 Cuernavaca		
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	CONSIDERACIONES TÉCNICAS
MAQUINA DE ANESTESIA	1	Deberá considerar: máquina de anestesia compatible con los accesorios ofertados, vaporizador de sevoflurane y monitor de signos vitales con monitoreo de gases y capnografía.
MONITORES DE SIGNOS VITALES DE TERAPIA INTENSIVA	6	Deberá considerar: 6 monitores de signos vitales para terapia intensiva y central de monitoreo. Equipos compatibles con los accesorios ofertados.
DERMATOMO	1	El equipo deberá ser compatible con los insumos ofertados.
CRANEOTOMO	1	El equipo deberá ser compatible con los insumos ofertados.
ESTERILIZACIÓN	1	Deberá entregar un esterilizador de peróxido con incubadora para indicador de lectura.

NOTA: Por tipo de equipo todos los insumos deben de ser de la misma marca y/o deben ser completamente compatibles entre sí y con el equipo en comodato, el proveedor interesado en participar deberá cotizar la totalidad de las partidas solicitadas originalmente, sin parcialidades.

Entregar los equipos en comodato en:

Unidad	Tipo de entrega	Dirección
Hospital General Regional No. 1	Equipos en comodato	Av. Plan de Ayala Esquina Av. Central, No. 1201, Colonia Ricardo Flores Magón, C.P. 62450, Cuernavaca Morelos





•La entrega de los equipos en comodato deberá realizarse en los 20 primeros días naturales a la publicación del fallo, en los lugares que se indican con anterioridad con los directores de las unidades. Una vez entregados los equipos en comodato deberá recabar los datos del formato ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA ENTREGA-RECEPCIÓN DE PUESTA EN OPERACIÓN, INSTALACIÓN Y CAPACITACIÓN cómo comprobante de la recepción de los equipos o en su caso el formato •ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA POR RECHAZO DE BIENES, cuando en la verificación el área usuaria dictamine que no cumplen con lo establecido en esta convocatoria y anexo técnico correspondiente.

En caso de que la entrega de los bienes se vea atrasada por motivos del instituto, podrá solicitar intervención al Área contratante y al administrador del contrato a los siguientes correos: jorgeluis.luna@imss.gob.mx; minerva.villanueva@imss.gob.mx; jorge.suarez@imss.gob.mx .

3.1 Criterio de evaluación.
Método de evaluación binario.

4. PENAS CONVENCIONALES y DEDUCTIVAS:

- **Penalizaciones**

Condiciones: La penalización se calculará a partir del día siguiente en que concluye el plazo o fecha convenida para iniciar la prestación de los servicios. En dado caso de que el último día del plazo sea fin de semana (sábado o domingo) podrá entregar sin penalización el día inmediato posterior.
Términos:
La pena convencional se calculará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:
Pca = (%d)(nda)(vspa)
Dónde:
%d=porcentaje determinado en la convocatoria de licitación, invitación a cuando menos tres personas, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la prestación del servicio o arrendamiento.
Pca = pena convencional aplicable.
nda = número de días de atraso.
vspa = valor de los bienes o servicios prestados con atraso, sin IVA.
Supuestos:
Porcentaje: Se determina por cada día de atraso en el inicio de la entrega de los bienes o servicios: **1%**.
Limite máximo: **10%**

- **Deductivas**

Condiciones, supuestos, porcentajes y límites máximos:

Concepto u obligación	Nivel de servicio	Unidad de medida	Deducción	Límites de incumplimiento



Entrega de los bienes posterior a la fecha establecida.	De acuerdo con la fecha de entrega en la asignación: Bienes de consumo y Bienes en comodato	Tiempo: fuera de la fecha establecida	del 1.0% por cada día de atraso sin exceder el 10%	10%
Canje/ Vicios Ocultos	Realizar el canje en el tiempo establecido	Cantidad de piezas canjeadas	Monto de los bienes no canjeados	100%
Capacitación	Dar capacitación en el tiempo establecido	Tiempo: fuera de la fecha establecida	del 1.0% por cada día de atraso sin exceder el 10%	10%
Mantenimiento	Realizar los mantenimientos dentro de lo	Tiempo: fuera de la fecha	del 1.0% por cada día de atraso sin exceder el 10%	10%

Términos: La suma de todas las penas convencionales aplicadas al proveedor no deberá exceder el importe total de la garantía de cumplimiento del contrato.

5. GARANTIAS

- Garantía de cumplimiento: No ( ), Si (X): 10% sobre el monto del contrato: Forma de acreditarla: Fianza Expedida por Afianzadora, constituida en términos de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas.

Plazo de entrega: 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 69 de la Ley.
Divisible o indivisible: __Indivisible___, Prorrata: _No__.
Periodo de garantía: 12 meses.

- Garantía por defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento. Si (X), No ( ) monto a solicitar: 100%. Forma de acreditarla: El proveedor adjudicado deberá entregar al administrador del contrato y a los auxiliares del contrato, un escrito libre con hoja membretada y firmado por el representante legal, donde se indique que realizará el canje de los bienes en caso de defectos o vicios ocultos, aplicándose en dado caso también en accesorios y consumibles.





Plazo para notificar al proveedor.
5 días naturales a partir de la notificación.

Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.
5 días naturales a partir de la notificación.

Caducidad de los bienes.
Igual o mayor a 12 meses.

Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.
Deberá entregar en hoja membretada y firmada por el representante legal del licitante con los centros de servicio para reportes de fallas. Deberá contener: Domicilio, Número telefónico y Correos electrónicos.

Periodo de garantía.
12 meses

Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.
Para el caso de fallas en el bien, el licitante adjudicado deberá atender la falla a más tardar el día posterior al reporte que se realice vía telefónica y/o por escrito, de parte del administrador del contrato o auxiliar del contrato. El proveedor tendrá un límite máximo de reparación de 72 hrs. hábiles, en caso de incumplimiento procederá el canje del bien.

Garantía de mano de obra y/o partes.
Efectuar las reparaciones necesarias a entera satisfacción del área usuaria y si esto no es factible deberá reponer los equipos por otros de similares características en un plazo máximo de 3 (tres) días hábiles contados a partir de la notificación del IMSS. El costo de las refacciones que en su caso se requieran será con cargo al licitante adjudicado.

6. CONDICIONES DE PAGO:

Con apego al "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de documentos presentados para trámite de pago y la constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos"

- Plazo para el pago: 20 días
- Tipo de moneda: MXN
- Tipo de glosa: almacén o contrato único

Requisito:

- Contrato y/o pedido recepción enlazado en el sistema financiero FINAT

Documentos anexos a la factura:

- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación, en la que se indique:





- Número de proveedor.
- Número de contrato
- Número de alta de almacén

- Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente.

Si se realizará en una sola exhibición o pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo: Pagos de acuerdo con el requerimiento.

- El pago se hará en una sola exhibición
- Tipo de moneda: MXN

Información **validada en conjunto** con la Jefatura de Servicios de Finanzas.

a) Solicitud de primera vez

Escrito libre del proveedor solicitando su inclusión al esquema de pago electrónico, dirigido al Jefe de Servicios de Finanzas, firmado por el interesado o representante legal con facultades para ejercer actos de pleitos y cobranza o administración, detallando lo siguiente:

- Número de proveedor
- Razón social / nombre del beneficiario
- Nombre del apoderado legal (personas morales)
- Domicilio fiscal
- Número telefónico
- Cuenta de correo electrónico
- Registro Federal de Contribuyentes
- Institución bancaria elegida
- Número de la cuenta bancaria
- Clave Bancaria Estandarizada (CLABE)

NOTA:

1 Para personas morales, el escrito deberá ser en papel membretado de la empresa.
2 Para proveedores provenientes de la Tienda Digital del Gobierno Federal, se considerará únicamente la documentación que ese sitio web contenga.

Anexar al escrito los documentos en original (únicamente para cotejo y se devuelven al proveedor posterior a su revisión) y en copia el estado de cuenta e identificación del apoderado legal.

"El proveedor después de que gestione el pago de la contraprestación pactada y reciba el depósito, deberá cargar en el "Portal Institucional de Servicios a Proveedores" los CFDI´s complementarios, el que deberá emitirse a más tardar al décimo día natural del mes inmediato siguiente al que corresponda el o los pagos recibidos".
En pedidos cuyo monto del contrato sea superior a $300,000.00, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA); deberán además adicionar Opinión del Cumplimiento de Obligaciones las constancias de



cumplimiento de obligaciones fiscales, (SAT) y de obligaciones fiscales en material de seguridad social (IMSS e INFONAVIT) vigente y positiva.

De acuerdo a las disposiciones emitidas por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con relación a los cambios que tendrá la facturación electrónica a partir del 01 de enero de 2022, destacando que para la versión 4.0 se debe incluir de manera obligatoria el nombre y domicilio fiscal del emisor y el receptor.

El CFDI que se elabore en esta versión a favor del Instituto deberá contener la siguiente información:
RFC: IMS -421231-I45
Razón Social: Instituto Mexicano Del Seguro Social
Domicilio Fiscal: Avenida Paseo de la Reforma No. 476, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México
Régimen Fiscal: Personas Morales con fines no lucrativos (claves 603)
Uso CFDI: Clave S01 "sin efectos fiscales" con excepción de las operaciones relativas a las Tiendas IMSS-SNTSS, para los cuales podrán ser consideradas según correspondan, las siguientes claves:
d) G01 "Adquisición de mercancías"
e) G02 "Devoluciones, descuentos o bonificaciones"
f) G03 "Gastos en general" cuando se trate de arrendamiento de inmuebles

7. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN, SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS BIENES O DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE PRESTADOS Y EFECTIVAMENTE ENTREGADOS O PRESTADOS, ASÍ COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS REQUISICIONES DE CADA ENTREGABLE

Durante la recepción en el almacén delegacional:
* Oficio de Asignación, fallo o pedido (1 copia) donde indique la marca y procedencia.
*Remisión-Pedido Institucional (5 tantos) debidamente requisitada incluyendo lote y caducidad (en caso de no contar con lote y/o caducidad indicar con la leyenda, lote: N/A y/o Caducidad: N/A), MARCA Y PROCEDENCIA. El proveedor deberá entregar remisión-pedido por clave.
* Registro Sanitario de las claves a entregar (1 copia) (en caso de no requerir registro sanitario, entregar oficio de la COFEPRIS donde indique que no requiere registro sanitario o ACUERDO por el que se da a conocer el listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario indicando el numeral al que corresponde"
* Certificado analítico del lote(s) a entregar (1 copia) emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante.
*Carta canje (1 original) cuando los bienes contengan una caducidad menor a 12 meses, en la cual se obliguen a canjear en un plazo de máximo 5 días naturales.
* Carta garantía contra vicios ocultos. (1 original)
Los documentos antes descritos se requieren en una sola copia a excepción de la Remisión-pedido, si el fallo es por dos o más claves y estas se encuentran en diferentes remisiones, cada una deberá contener los documentos descritos.

8. RECEPCIÓN DE COTIZACIONES Y DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

Se realizará a través de COMPRAS MX, a más tardar el día 28 de septiembre del 2026 antes de las 09:00 Hrs.; deberá cargar la documentación que se describe a continuación



1. **Requisitos técnicos:**

- **Deberá incluir la descripción amplia y detallada de los bienes, para lo cual el participante deberá considerar las condiciones señaladas en.- Anexo Técnico de la presente solicitud, Anexo Términos y Condiciones y sus anexos, y enviar los documentos solicitados en los anexos descritos.**

En su propuesta deberá colocar:

1. Aviso de Funcionamiento o **Licencia Sanitaria** a nombre del proveedor licitante.
2. **Aviso de responsable Sanitario** a nombre del proveedor licitante.
3. Escrito que **no se encuentra sancionado** ante la Secretaria de Salud y la CCILE.

Para avalar la calidad de los bienes, el oferente deberá presentar la siguiente documentación:

4. Copia legible del **Registro Sanitario vigente** a nombre del proveedor licitante o distribuidor primario, expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), debidamente identificado por el número de partida y clave proposición; así mismo podrá presentar los anexos correspondientes al marbete, a efecto de que pueda acreditar fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico (el no presentar los proyectos de marbetes no será motivo de desechamiento).
5. En caso de que el Registro Sanitario no se encuentre dentro del periodo de vigencia de 5 años, conforme al artículo 376 de la Ley General de Salud, deberá enviar:
   a) Copia simple del **Registro Sanitario sometido a prórroga**.
6. **En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario**, deberá anexar ACUERDO por el que se da a conocer el listado de insumos para la salud considerados como de bajo riesgo para efectos de obtención del Registro Sanitario indicando el numeral al que corresponde" y referenciar el punto del bien que aplique, con el acuerdo de fecha de 07 de julio de 2025, misma que podrán consultar en la sig. Página: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5762237&fecha=07/07/2025#gsc.tab=0
7. **Carta de apoyo del fabricante** o distribuidor primario que corresponda al registro sanitario presentado.
8. Certificado vigente de:

a) **Buenas prácticas de fabricación** a nombre del fabricante o distribuidor primario que corresponda al registro sanitario presentado, o equivalente internacional.

9. Para bienes de **origen internacional**, presentar documentación aprobatoria que el producto cumple con "CE" o "FDA" (o equivalente que aplique), a nombre del fabricante.
10. Para aquellos bienes ofertados, de origen Internacional, los licitantes deberán adjuntar adicionalmente, a su propuesta técnica, la documentación en los términos siguientes:
    - **a)** Manifestación por escrito, Carta bajo protesta de decir verdad, firmada por el representante legal, en el que se indique de manera enunciativa más no limitativa que la **importación de los bienes se realizará al amparo de la legislación aduanera.**
    - b) Colocar **copia simple del pedimento** de importación.

11. Hoja membretada con toda la información de los centros de servicio: horarios de atención, resolución, números directos para reportar fallas, dirección, etc.

Deberá cumplir con:





NOM-059-SSA1-2015, se acreditará con el registro sanitario.
NOM-241-SSA1-2012 "Buenas Prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de dispositivos médicos que se acredita con la entrega con el Certificado Analítico, a nombre del fabricante o de la razón social que corresponda al registro sanitario presentado y/o Certificado emitido por la COFEPRIS, vigente.
NOM-137-SSA1-2008, "Etiquetado de dispositivos médicos", la cual establece los requisitos mínimos, que sirven para comunicar la información a los usuarios, que deberá contener el etiquetado de los dispositivos médicos de origen nacional o extranjero, que se comercialicen o destinen a usuarios en el territorio nacional. Se acreditará al momento de la entrega.

1. Se requiere folleto con la fotografía del producto ofertado, así como su descripción y especificaciones técnicas claramente identificabas. Si se envía catálogo indicar el producto que oferta.
2. Se debe identificar en los documentos de los equipos en comodato **cada una de las características** técnicas solicitadas de las fichas técnicas del instituto.
3. Copia del Manual de Operación de los Equipos en Comodato.

Todas las características solicitadas deberán ser descritas y presentadas dentro de la información técnica que el licitante adjunte, y la misma deberá acreditar ampliamente que cumple con lo solicitado en este requerimiento, tanto en lo documental como en lo funcional.
SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE ENTREGAR TODOS LOS REQUISITOS PARA LA EVALUACIÓN TÉCNICA DESCRITAS EN ESTE PUNTO, TÉRMINOS Y CONDICIONES, ANEXO TÉCNICO, ASI COMO ANEXOS Y EL RESTO DE LA SOLICITUD.

2. **Requisitos legales:**
   - Acreditación del participante **Anexo 2, anexando identificación oficial del representante legal**
   - **Acta constitutiva con registro de inscripción ante el registro público de la propiedad** o acta de nacimiento del licitante donde se pueda constatar la información asentada en el anexo 2.
   - Escrito bajo protesta de decir verdad en términos del **Anexo 4**. No nos encontramos en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 71 y 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
   - Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la estratificación de micro, pequeña o mediana empresa **(MIPYMES) Anexo 5.**
   - **Constancia de Situación Fiscal con una vigencia no mayor a treinta días naturales previos a la presentación de su propuesta**, con Cédula de Identificación Fiscal de acuerdo con el artículo 27 del Código Fiscal de la Federación cuyo objeto sea acorde a los servicios solicitados.
   - **Comprobante de domicilio** (agua, luz, teléfono) no mayor a 3 meses a nombre de la empresa o representante legal, en casos de persona física a nombre de la persona. La dirección deberá coincidir con la dirección registrada en la constancia de situación fiscal a la que hace mención el punto anterior y con la señalada en el anexo 2.
   - **Identificación Oficial Vigente del Representante Legal.**
   - **Poder notarial del representante legal** que lo acredite para actos de administración y/o dominio o en su caso que tenga otorgadas dichas facultades de manera específica.
   - **Registro patronal** y en caso de no contar con el escrito en papel membretado en el que señale las causas por las que no cuenta con dicho registro





- **Manifestación de no Subcontratación**. Escrito libre en hoja membretada mediante el cual el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad que no subcontratara ninguna de las partes de los Bienes o Servicios a contratar.

Las ofertas cuyo monto sea **superior a $300,000.00**, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA); deberán presentar:

- Opinión **vigente y positiva** de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el SAT, con fecha de expedición no mayor a **30 días naturales previos a la presentación de su propuesta**, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.
- Constancia **vigente y positiva** de estar al corriente de sus obligaciones fiscales en material de seguridad social vigente y positiva, con fecha de **expedición no mayor a 15 días naturales previos a la presentación de su propuesta** en términos del Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270422/107.P.DIR dictado por el H. Consejo Técnico en sesión ordinaria, por el que se aprobaron las Reglas de carácter general para la obtención de la opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social, así como su anexo único y su Anexo Único, dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a las Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2015. La cual será validada al momento de la evaluación legal.
    1. En caso de que no se encuentre registrado ante el Instituto, Tenga registro, pero este dado de baja o no tenga personal sujeto a aseguramiento en términos del artículo 12 de la LSS, este punto lo acreditara con:
    2. Documento emitido por este Instituto (resultado de la consulta en el sistema para obtener la Opinión), en el que se haga constar que o se puede emitir la opinión de cumplimiento.
    3. 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,

a) Para los casos de personas físicas que presten los servicios por si mismo, y por lo tanto no cuenten con registro patronal, ni tengan trabajadores registrados ante el Instituto, 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.

2. Constancia vigente y positiva de situación fiscal emitida por el Instituto del Fondo Internacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) con fecha de expedición **no mayor a 30 días naturales previos a la presentación de su propuesta** en los términos establecidos por las "Reglas para la obtención de la constancia de situación fiscal en materia de aportaciones patronales y entero de amortizaciones" publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 28 de junio del 2017. La cual será validada al momento de la evaluación legal

Con el fin de comprobar su autenticidad, las opiniones de cumplimiento SAT, IMSS, e INFONAVIT se someterán a validación en el momento de su recepción a través del código QR contenido en las mismas.

3. **Requisitos económicos:**





a. Proposición Económica, **Anexo Número 3**, Deberá enviar su propuesta de acuerdo con el Anexo 3 "Propuesta Económica", Y Adicionalmente Deberá Cargar Su Propuesta de forma manual en el portal digital de Compras Mx https://comprasmx.buengobierno.gob.mx/

9. CONFIRMACIÓN DE COTIZACION EN CASO DE SER PRE-ADJUDICADO

Una vez realizada la apertura de propuestas y en caso que el licitante cumpla con todos los requisitos, legal-administrativo, técnico y económico, se procederá a realizar la pre-adjudicación en el portal de Compras MX por lo que deberá confirmar su cotización en el plazo indicado en la plataforma de acuerdo a los Articulos 57 y 58 de la LAASSP para lo cual que deberá cargar la documentación que se describe a continuación

- **Apéndice A** (confirmación de cotización)
- Acreditación del participante **Anexo 2**

10. REGISTRO REPIIMSS

"Para todos aquellos proveedores que resulten adjudicados en cualquier procedimiento de contratación del IMSS, será obligatorio integrarse al REPIIMSS en la liga https://repiimss.imss.gob.mx/imss/login en un periodo no mayor a 30 días naturales posteriores a la formalización del contrato.

La no integración al REPIIMSS en el periodo establecido, será considerado como un incumplimiento contractual con las consecuencias que establece la normatividad aplicable"

11. CAUSALES DE DESECHAMIENTO

Se desecharán las cotizaciones de los participantes que incurran en uno o varios de los siguientes supuestos:

a. Que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en la presente solicitud de cotización y que con motivo de dicho incumplimiento se afecte la solvencia de la proposición.
b. Cuando se compruebe que tienen acuerdo con otros participantes para elevar el costo de los servicios solicitados o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás participantes.
c. Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
d. Cuando no cotice la cantidad total de los servicios requeridos en cada partida.
e. Cuando no presente uno o más de los escritos o manifiestos solicitados con carácter de "bajo protesta de decir verdad" u omita la leyenda requerida.
f. Cuando los documentos que envíen los licitantes a través de medio electrónico no sean legibles, imposibilitando el análisis integral de la proposición, y esto conlleve a un faltante o carencia de información que afecte la solvencia de la proposición, ésta se considerará insolvente.
g. Cuando la persona física o moral se encuentren dentro de algunos los supuestos de los artículos 71 y 90 de la LAASSP
h. Cuando exista diferencia de información entre los documentos presentados.



i. Cuando la Oferta Económica sea un precio no conveniente o no aceptable, o exceda el presupuesto autorizado.
j. Cuando la Unidad Compradora intentara abrir los archivos hasta tres veces, con los programas Word, Excel y PDF, en caso de que se confirme que el archivo contiene algún virus informático, o está alterado por causas ajenas a la Unidad Compradora o a Compras Mx, la cotización se tendrá por no presentada
k. Cuando la actividad económica registrada en la constancia de situación fiscal no esté directamente relacionada con los servicios objeto de la contratación.
l. Cuando el Domicilio Fiscal referido en la Constancia de Situación Fiscal, no coincida con el declarado en el comprobante de domicilio y con el anexo de Acreditamiento.
m. Cuando el Comprobante de Domicilio no se encuentre a nombre de la Razón Social participante, ni a nombre del Representante Legal acreditado, ni a nombre de algún socio.
n. Cuando las opiniones de cumplimiento no se encuentren positivas o vigentes.
o. Sera causal de desechamiento, cuando el participante no capture manualmente su propuesta económica en el portal compras mx, indistintamente de haberlos señalado en el archivo adjunto correspondiente a su propuesta económica, ya que la falta de ellos impide la continuación del procedimiento y captura de datos relevantes para la asignación o fallo correspondientes
p. Sera causal de desechamiento el no confirmar su cotización dentro del tiempo estipulado en la plataforma COMPRAS MX, o no adjuntar algunos de los documentos requeridos.

En espera de contar con su participación, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

C.P. Luisa Amalia Viazcán Pérez.
Jefa del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

Reviso: Lic. Evelyn Ramírez Pérez. - Jefa de la oficina de adquisición de bienes y contratación de servicios.

Elaboro: Lic. Shamira Emineth Rodríguez Valdovinos. - Líder de Proyecto.



ANEXO NÚMERO 1 (UNO)
REQUERIMIENTO

La adquisición de los bienes será de acuerdo a las condiciones señaladas en el anexo técnico (incluyendo sus apéndices) y de términos y condiciones que se anexan a la presente solicitud.

EQUIPO	PARTIDA	CUCOP	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	Descripción	UNI	CANT	TIPO	PP	Cantidad
ANESTESIA	1	25409445	379	017	3078	00	02	ADAPTADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL, ERGOSTAR CM 40, MANGUERA 10 CM CON CONECTOR DEDOBLE GIRO Y PUERTO PARA ASPIRACION Y BRONCOSCOPIO, LIBRE DE LATEX Y PVC.PRESENTACION: CAJA/50 PZAS. NUMERO DE CATALOGO: MP01840. PARA USO EN EL EQUIPOMEDICO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA:DRAGER. MODELO: PRIMUS.	CJA	50	PZA	10-20	1
	2	25408317	379	017	3110	00	02	DRAGERSORB CLIC FREE, CANISTER INDIVIDUAL DESECHABLE DE 1.2 L, CAL SODADA DEALTO DESEMPEÑO RECOMENDADA PARA SERVOFLUORANO, LIBRE DE GENERACION DE CO2 YCOMPUESTO A, REQUIERE ADAPTADOR CLIC MX00012. PRESENTACION: CAJA/6 PZAS. NUMERODE CATALOGO: MX50100. PARA USO EN EL EQUIPO MEDICO: ANESTESIA DE ALTAESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: DRAGER. MODELO: PRIMUS.	CJA	6	PZA	10-20	3
	3	25408688	379	107	0612	00	01	BRAZALETE PARA PNI ADULTO UNA LINEA. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO:5721110. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DE ANESTESIA.MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	4	25408688	379	107	0620	00	01	BRAZALETE PARA PNI PEDIATRICO 12 A 19 CM LINEA. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DECATALOGO: 5720810. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DEANESTESIA. MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	5	25408189	379	156	2089	00	01	CABLE DE ECG PARA PACIENTE 3 DERIVACIONES. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DECATALOGO: 5720031. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DEANESTESIA. MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	6	25409504	379	156	2105	00	01	CABLE TRONCAL DE SATURACION DE OXIGENO. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO:5720084. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DE ANESTESIA.MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1





	7	25408189	379	156	2113	00	01	CABLE TRONCAL PARA ECG. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 5720013. PARASU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DE ANESTESIA. MARCA: DRAGER.MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	8	25408317	379	160	0038	00	02	DRAGERSORB 800 PLUS, GARRAFON DE 5 L, CAL SODADA DE MUY ALTO DESEMPEÑO PARA TODOTIPO DE ANESTESICO, RINDE 4 CAMBIOS DE CAL EN CANISTER. PRESENTACION: GARRAFON 5L. NUMERO DE CATALOGO: MX00001. PARA USO EN EL EQUIPO MEDICO: ANESTESIA DE ALTAESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: DRAGER. MODELO: PRIMUS.	GAR	5	LTO	10-20	10
	9	25404589	379	200	2283	00	02	CIRCUITO DE ANESTESIA EXTENDIBLE PARA ADULTO/PEDIATRICO DESECHABLE, SET FLEX,SIN LATEX. INCLUYE 2+1 MANGUERAS, PIEZA EN "Y" CON LUERLOCK Y BOLSA DERESPIRACION DE 2 L (SIN LATEX), LONGITUD 1.5 M/50 CM. PRESENTACION: CAJA/25PZAS. NUMERO DE CATALOGO: MP00303. PARA USO EN EL EQUIPO MEDICO: ANESTESIA DEALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: DRAGER. MODELO:PRIMUS.	CJA	25	PZA	10-20	4
	10	25404589	379	200	2325	00	02	CIRCUITO DE ANESTESIA PARA PEDIATRICO DESECHABLE, VENTSTAR ANESTESIA (P) SINLUERLOCK, INCLUYE 2+1 MANGUERAS, PIEZA EN "Y" PEDIATRICO SIN LUERLOCK, CONECTORY BOLSA DE RESPIRACION DE 1 L (SIN LATEX), LONGITUD 1.5 M/80 CM, ASI COMO ANILLADE FIJACION PARA LA COLOCACION DE LA BOLSA DE RESPIRACION EN EL SISTEMA DEANESTESIA. PRESENTACION: CAJA/25 JUEGOS. NUMERO DE CATALOGO: MP00331. PARA USOEN EL EQUIPO MEDICO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE:531.053.0356. MARCA: DRAGER. MODELO: PRIMUS.**NEONATAL DESECHABLE,**	CJA	25	JGO	10-20	2
	11	25408189	379	360	4237	00	00	FILTRO ELECTROSTATICO PARA SISTEMA RESPIRATORIO + (HME) INTERCAMBIADOR DE CALORY HUMEDAD TWINSTAR, PARA PACIENTES PEDIATRICOS/ NEONATALES, DESECHABLE, 9 ML DEESPACIO MUERTO. PRESENTACION: PAQUETE CON 100 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO:MP05820. PARA USO EN LOS EQUIPOS: VENTILADOR ADULTO - PEDIATRICO - NEONATAL.CLAVE: 531.941.0980. MARCA: DRAGER. MODELO: EVITA V300, EVITA V500, EVITA V600,EVITA V800, EVITA XL. VENTILADOR DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA PEDIATRICO - NEONATAL CON MODO CONVENCIONAL. CLAVE: 531.941.1012. MARCA DRAGER. MODELO:BABYLOG VN500, BABYLOG VN600, BABYLOG VN800. VENTILADOR DE TRASLADO PEDIATRICO -ADULTO. CLAVE: 531.941.0279. MARCA: DRAGER. MODELO: OXYLOG 3000 PLUS. VENTILADORADULTO - PEDIATRICO. CLAVE: 531.941.0972. MARCA: DRAGER. MODELO: SAVINA 300. **MP05755**	PQT	100	PZA	10-20	3





	12	25408189	379	360	3279	00	02	FILTRO/HME (INTERCAMBIADOR DE CALOR Y HUMEDAD) TWINSTAR 64A PARA ADULTO,APLICACION EN EL LADO DEL PACIENTE, CONEXION LUERLOCK PARA LA MONITORIZACION DEGAS, FILTRACION BACTERIAL 99.999% Y VIRAL 99.999%, ALTA CAPACIDAD DEHUMIDIFICACION (PERDIDA DE HUMEDAD 6.9 MG H2O/L AIR @ VT 500 ML), VOLUMENINTERNO 65 ML. PRESENTACION: CAJA/50 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: MP01810. PARAUSO EN EL EQUIPO MEDICO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE:531.053.0356. MARCA: DRAGER. MODELO: PRIMUS. **MP05770**	CJA	50	PZA	10-20	4
	13	25408189	379	445	0506	00	01	LINEA DE MUESTREO DE CO2 CON CONECTOR LUER MACHO, UN SOLO USO, PARA USO CON ELEQUIPO 704-0166-00, PRESENTACION: PAQUETE DE 10 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO:704-0027-00. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE: 531.619.0403 MONITOR DESIGNOS VITALES. MARCA: SPACELABS HEALTHCARE. MODELO: MCARE 300. **8290286**	PQT	10	PZA	10-20	10
	14	25408189	379	604	0479	00	01	MANGUERA PNI 3 METROS. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 5720430. PARA SUUSO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDAD DE ANESTESIA. MARCA: DRAGER.MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	15	25408262	379	615	0260	00	00	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA, TRANSPARENTE, DESECHABLE, INFLABLE, PRELLENADA,CON BROCHE CODIFICADO POR COLOR AMARILLO, LIBRE DE LATEX Y DEHP, DE PVC, TAMAÑO5. PARA PACIENTE ADULTO GRANDE. DISEÑADA PARA CANALIZAR LOS GASES DE ANESTESIA YLAS MEZCLAS DE OXIGENO HACIA EL PACIENTE PARA SU INHALACION A TRAVES DE BOCA YNARIZ, COMPATIBLE CON CONECTOR DE 22 MM, PRESENTACION: CAJA CON 50 PIEZAS.NUMERO DE CATALOGO: 038-51-400. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA INTERMEDIA,UNIDAD DE CLAVE: 531.053.0372. MARCA: PENLON. MODELO: PRIMA 320/ PRIMA 320ADVANCE/ PRIMA 460/ PRIMA 465.	CJA	50	PZA	10-20	2
	16	25408262	379	615	0262	00	00	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA, TRANSPARENTE, DESECHABLE, INFLABLE, PRELLENADA,CON BROCHE CODIFICADO POR COLOR AZUL, LIBRE DE LATEX Y DEHP, DE PVC, TAMAÑO 6.PARA PACIENTE ADULTO EXTRA GRANDE. DISEÑADA PARA CANALIZAR LOS GASES DEANESTESIA Y LAS MEZCLAS DE OXIGENO HACIA EL PACIENTE PARA SU INHALACION A TRAVESDE BOCA Y NARIZ, COMPATIBLE CON CONECTOR DE 22 MM, PRESENTACION: CAJA CON 50PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 038-51-390. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIAINTERMEDIA, UNIDAD DE CLAVE: 531.053.0372. MARCA: PENLON. MODELO: PRIMA 320/PRIMA 320 ADVANCE/ PRIMA 460/ PRIMA 465.	CJA	50	PZA	10-20	2





	17	25408262	379	615	0263	00	00	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA, TRANSPARENTE, DESECHABLE, INFLABLE, PRELLENADA,CON BROCHE CODIFICADO POR COLOR BLANCO, LIBRE DE LATEX Y DEHP, DE PVC, TAMAÑO 1.PARA PACIENTE PEDIATRICO CHICO. DISEÑADA PARA CANALIZAR LOS GASES DE ANESTESIA YLAS MEZCLAS DE OXIGENO HACIA EL PACIENTE PARA SU INHALACION A TRAVES DE BOCA YNARIZ, COMPATIBLE CON CONECTOR DE 15 MM, PRESENTACION: CAJA CON 50 PIEZAS.NUMERO DE CATALOGO: 038-52-430. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA INTERMEDIA,UNIDAD DE CLAVE: 531.053.0372. MARCA: PENLON. MODELO: PRIMA 320/ PRIMA 320ADVANCE/ PRIMA 460/ PRIMA 465.**MP11001.**	CJA	50	PZA	10-20	2
	18	25408262	379	615	0265	00	00	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA, TRANSPARENTE, DESECHABLE, INFLABLE, PRELLENADA,CON BROCHE CODIFICADO POR COLOR VERDE, LIBRE DE LATEX Y DEHP, DE PVC, TAMAÑO 2.PARA PACIENTE PEDIATRICO MEDIANO. DISEÑADA PARA CANALIZAR LOS GASES DE ANESTESIAY LAS MEZCLAS DE OXIGENO HACIA EL PACIENTE PARA SU INHALACION A TRAVES DE BOCA YNARIZ, COMPATIBLE CON CONECTOR DE 22 MM, PRESENTACION: CAJA CON 50 PIEZAS.NUMERO DE CATALOGO: 038-52-420. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA INTERMEDIA,UNIDAD DE CLAVE: 531.053.0372. MARCA: PENLON. MODELO: PRIMA 320/ PRIMA 320ADVANCE/ PRIMA 460/ PRIMA 465. **MP11002**	CJA	50	PZA	10-20	2
	19	25408262	379	615	0264	00	00	MASCARA FACIAL PARA ANESTESIA, TRANSPARENTE, DESECHABLE, INFLABLE, PRELLENADA,CON BROCHE CODIFICADO POR COLOR NARANJA, LIBRE DE LATEX Y DEHP, DE PVC, TAMAÑO3. PARA PACIENTE PEDIATRICO GRANDE. DISEÑADA PARA CANALIZAR LOS GASES DEANESTESIA Y LAS MEZCLAS DE OXIGENO HACIA EL PACIENTE PARA SU INHALACION A TRAVESDE BOCA Y NARIZ, COMPATIBLE CON CONECTOR DE 22 MM, PRESENTACION: CAJA CON 50PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 038-52-415. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIAINTERMEDIA, UNIDAD DE CLAVE: 531.053.0372. MARCA: PENLON. MODELO: PRIMA 320/PRIMA 320 ADVANCE/ PRIMA 460/ PRIMA 465. **MP11003**	CJA	50	PZA	10-20	2
	20	25408189	379	808	1109	00	01	SENSOR DE DEDO PARA SATURACION OXIGENO MARCA NELLCOR. PRESENTACION: PIEZA.NUMERO DE CATALOGO: DS100A. PARA SU USO EN EL EQUIPO: CLAVE 531 053 0356 UNIDADDE ANESTESIA. MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	3





	21	25408189	379	808	2859	00	02	SENSOR DE TEMPERATURA DE ADULTO. PRESENTACION: PZA. NUMERO DE CATALOGO: M35372.PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE.531.053.0356.05.01 ANESTESIA DE ALTAESPECIALIDAD, UNIDAD DE. MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN.	PZA	1	PZA	10-20	1
	22	25408688	379	808	4988	00	02	SENSOR DE FLUJO SPIROLOG, MEDICION DE FLUJO EN RAMAS INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA.PRESENTACION: CAJA/5 PZAS. NUMERO DE CATALOGO: 8403735. PARA USO EN EL EQUIPOMEDICO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA:DRAGER. MODELO: PRIMUS.	CJA	5	PZA	10-20	15
	23	25408688	379	891	0571	00	00	JUEGO DE TRANSDUCTORES PRESION ARTERIAL INVASIVA ARGON. DESECHABLE. ESTERIL.PRESENTACION: CAJA CON 5 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 4528741. PARA SU USO EN ELEQUIPO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA:DRAGER. MODELO: ZEUS, ZEUZ IE.	CJA	5	PZA	10-20	4
	24	25408688	379	892	0181	00	02	TRAMPA DE AGUA WATERLOCK2. PRESENTACION:.CAJA / 12 PZS. NUMERO DE CATALOGO:6872130. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVE 531.053.0356.05.01 ANESTESIA DEALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. MARCA: DRAGER. MODELO: JULIAN. **6872130**	CJA	12	PZA	10-20	4
	25	25409445	379	903	3745	00	01	TUBO ENDOTRAQUEAL DE PLASTICO GRADO MEDICO, TRANSPARENTE, CON GLOBO Y ESPIRADE ALAMBRE, CON BALON Y CONECTOR, OPACO A LOS RAYOS X, ESTERIL, CALIBRE 24 FRY LONGITUD 30 A 36 CM.. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 86443. PARASU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA BASICA, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0364. MARCA:GE- DATEX OHMEDA. MODELO: AESTIVA.	PZA	1	PZA	10-20	30
	26	25409445	379	903	3752	00	01	TUBO ENDOTRAQUEAL DE PLASTICO GRADO MEDICO, TRANSPARENTE, CON GLOBO Y ESPIRALDE ALAMBRE, CON BALON Y CONECTOR, OPACO A LOS RAYOS X, ESTERIL, CALIBRE 26FR Y LONGITUD 30 A 36 CM.. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 86444.PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA BASICA, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0364.MARCA: GE- DATEX OHMEDA. MODELO: AESTIVA.	PZA	1	PZA	10-20	30
	27	25409445	379	903	3760	00	01	TUBO ENDOTRAQUEAL DE PLASTICO GRADO MEDICO, TRANSPARENTE, CON GLOBO Y ESPIRALDE ALAMBRE, CON BALON Y CONECTOR, OPACO A LOS RAYOS X, ESTERIL, CALIBRE 28FR Y LONGITUD 32 A36 CM.. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 86445.PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA BASICA, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0364.MARCA: GE- DATEX OHMEDA. MODELO: AESTIVA.	PZA	1	PZA	10-20	30





	28	25409445	379	903	3869	00	01	TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO PARA INTUBACION LIBRE DE PIROGENOS Y LATEX ESTERILCON ORIFICIO MURPHY EN LA PUNTA DE 3.0 MM DIAMETRO INTERNO. PRESENTACION: PIEZA.NUMERO DE CATALOGO: 86043. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA INTERMEDIA UNIDADDE. CLAVE: 531.053.0372. MARCA: GE. MODELO: AESPIRE.	PZA	1	PZA	10-20	45
MSV DE TERAPIA	29	29500009	379	808	8344	00	00	SENSOR DESECHABLE PARA MONITOREO DE PROFUNDIDAD ANESTESICA O HIPNOTICA, TIPO ADHESIVO PARA PACIENTE ADULTO, CON 6 ELECTRODOS, CON TECNOLOGIA MASIMO RD SEDLINE, PARA UTILIZAR CON EL MODULO SEDLINE CON ENTRADA MOC-9 Y EL CABLE RD SEDLINE CABLE DE PACIENTE, NO ESTERIL, LIBRE DE LATEX. PRESENTACION: CAJA CON 25 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 4248. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: MASIMO. MODELO: ROOT.	CJA	25	PZA	10-20	2
	30	29500009	379	808	8369	00	00	SENSOR DESECHABLE PARA MONITOREO NIRS, TIPO ADHESIVO PARA PACIENTE ADULTO CON PESO MAYOR O IGUAL DE 40 KG, PARA UTILIZAR CON MODULO DE NIRS (O3) CON ENTRADA MOC-9, TECNOLOGIA MASIMO, NO ESTERIL, LIBRE DE LATEX. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 3756. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: MASIMO. MODELO: ROOT.	CJA	20	PZA	10-20	2
	31	29500009	379	808	8385	00	00	SENSOR DESECHABLE PARA MONITOREO NIRS, TIPO ADHESIVO PARA PACIENTE INFANTIL/NEONATAL CON PESO MENOR DE 10 KG, PARA UTLIZAR CON MODULO DE NIRS (O3) CON ENTRADA MOC-9, TECNOLOGIA MASIMO, NO ESTERIL, LIBRE DE LATEX. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 4384. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ANESTESIA DE ALTA ESPECIALIDAD, UNIDAD DE. CLAVE: 531.053.0356. MARCA: MASIMO. MODELO: ROOT.	CJA	20	PZA	10-20	3
	32	29500009	379	808	8419	00	00	SENSOR DESECHABLE PARA SATURACION DE OXIGENO (SPO2), HEMOGLOBINA (SPHB), METAHEMOGLOBINA (SPMET), INDICE DE VARIABILIDAD PLETISMOGRAFICA (PVI), CONTENIDO DE OXIGENO (SPOC), TIPO ADHESIVO PARA PACIENTE NEONATAL/ADULTO CON PESO MENOR DE 3 KG O MAYOR DE 30 KG, CON TECNOLOGIA MASIMO RAINBOW SET, CON CONECTOR MLNCS, NO ESTERIL, LIBRE DE LATEX. PRESENTACION: CAJA CON 10 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 2414. PARA SU USO EN EL EQUIPO: OXIMETRO DE PULSO. CLAVE: 531.667.0065. MARCA: MASIMO. MODELO: RAD 97.	CJA	10	PZA	10-20	5





	33	25409090	379	808	8336	00	00	SENSOR DESECHABLE PARA SATURACION DE OXIGENO (SPO2) TIPO ADHESIVO PARA PACIENTE INFANTIL CON PESO DE 3 KG A 20 KG, CON TECNOLOGIA MASIMO SET, CON CONECTOR RD, NO ESTERIL, LIBRE DE LATEX. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 4002. PARA SU USO EN EL EQUIPO: OXIMETRO DE PULSO PORTATIL (PARA TAMIZAJE CARDIACO NEONATAL). CLAVE: 531.667.0065. MARCA: MASIMO. MODELO: RAD 97, RAD G, RADICAL 7.	CJA	20	PZA	10-20	20
	34	25400618	526	080	2946	00	00	CABLE TRONCAL PARA SPO2, DE 3.6 METROS DE LONGITUD CONECTOR M20 RAINBOW, PARA SU USO CON SENSORES RD RAINBOW SET Y RD SET PRESENTACION: CAJA CON 1 PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 4257. PARA SU USO EN EL EQUIPO: OXIMETRO DE PULSO. PORTATIL. CLAVE: 531.667.006	CJA	1	PZA	10-20	8
	35	25400618	379	808	8195	00	00	SENSOR PARA SPO2 ADHESIVO DESECHABLE PARA PACIENTE NEONATAL/ADULTO, RD SET NEO PESO MENOR QUE 3 KG O MAYOR QUE 40 KG. PRESENTACION: CAJA CON 20 PIEZAS. NUMERO DE CATALOGO: 4003. PARA SU USO EN EL EQUIPO: OXIMETRO DE PULSO. PORTATIL. CLAVE: 531.667.0065.	CJA	20	PZA	10-20	8
DERMATOMO	36	25403298	379	440	0956	00	01	HOJA PARA DERMATOMO DESECHABLE DE ACERO INOXIDABLE CON UNA PARTE AFILADA YSENTADAS SOBRE UN PROTECTOR DE PLASTICO CON UN ORIFICIO PARA EL CLAVO GUIA.PRESENTACION: CAJA CON 10. NUMERO DE CATALOGO: 08-8800-000-10. PARA SU USO ENEL EQUIPO: CLAVE 531.283.0200.01.01 DERMATOMO STRYKER. MARCA: ZIMMER.MODELO: 00-8821-000-00.	CJA	10	PZA	10-20	4
CRANEOTOMO	37	254010404	379	015	0019	00	00	AEROSOL PLUS PLANA LIMPIADOR Y LUBRICANTE PARA PIEZAS DE MANO. 480 ML.LUBRICANTE CON ALCOHOL. PRESENTACION: ENV. NUMERO DE CATALOGO: Z182100. PARA SUUSO EN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114.MARCA: NSK. MODELO: NSK-P200-CU-120.	ENV	1	ENV	10-20	4
	38	254010404	379	110	0575	00	01	BROCA INICIADORA ADULTO. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 26-1221. PARASU USO EN EL EQUIPO: CRANEOTOMO NEUMATICO. CLAVE: 537.260.0055. MARCA: CODMAN.MODELO: 7020-001.	PZA	1	PZA	10-20	12
	39	254010404	379	110	0591	00	01	BROCA INICIADORA PEDIATRICA. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: 26-1223.PARA SU USO EN EL EQUIPO: CRANEOTOMO NEUMATICO. CLAVE: 537.260.0055. MARCA:CODMAN. MODELO: 7020-001.	PZA	1	PZA	10-20	7





	40	254010404	379	818	0216	00	00	SIERRA OSCILANTE INTRA ORAL CORTA PROFUNDIDAD 7.0 MM X ANCHO 11.5 MM Y 0.4 MM DEESPESOR. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: PDS-OSC-422. PARA SU USO ENEL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA:NSK. MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	41	254010404	379	818	0224	00	00	SIERRA OSCILANTE INTRA ORAL LARGA PROFUNDIDAD 12.0 MM X ANCHO 11.5 MM Y 0.4 MMDE ESPESOR. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: PDS-OSC-432. PARA SU USOEN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114.MARCA: NSK. MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	42	254010404	379	818	0232	00	00	SIERRA RECIPROCANTE TRADICIONAL CORTA, LONGITUD 23.4 MM Y ESPESOR 0.38MM.PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: PDS-RE-4023. PARA SU USO EN EL EQUIPO:ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA: NSK.MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	43	254010404	379	818	0240	00	00	SIERRA RECIPROCANTE TRADICIONAL LARGA, LONGITUD 28.0 MM Y ESPESOR 0.38MM.PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: PDS-RE-4028. PARA SU USO EN EL EQUIPO:ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA: NSK.MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	44	254010404	379	818	0307	00	00	SIERRA SAGITAL CORTA 15MM X 7.0MM Y 0.4 MM DE ESPESOR. PRESENTACION: PIEZA.NUMERO DE CATALOGO: PDS-SO-422. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARACIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA: NSK. MODELO:NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	45	254010404	379	818	0323	00	00	SIERRA SAGITAL MEDIANA 18MM X 9.0 MM Y 0.4 MM DE ESPESOR. PRESENTACION: PIEZA.NUMERO DE CATALOGO: PDS-SO-432. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARACIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA: NSK. MODELO:NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	12
	46	254010404	526	017	0021	00	00	BOQUILLA DE IRRIGACION. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: PD-IN-D. PARASU USO EN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA (MICROCIRUGIA). CLAVE:531.635.0114. MARCA: NSK. MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	2
	47	254010404	526	669	0493	00	00	PIEZA DE MANO PERFORADORA PARA BROCA INICIADORA. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DECATALOGO: P200-PER. PARA SU USO EN EL EQUIPO: ELECTROMOTOR PARA CIRUGIA(MICROCIRUGIA). CLAVE: 531.635.0114. MARCA: NSK. MODELO: NSK-P200-CU-120.	PZA	1	PZA	10-20	2





ESTERILIZACIÓN	48	27300152	379	561	3045	00	01	KIT PARA 100 (CIEN) CICLOS DE ESTERILIZACION CONTIENE: (5) CINCO CAJAS CADA UNACON 20 PIEZAS EN TOTAL 100 (CIEN) PIEZAS DE CARTUCHOS DE PEROXIDO DE HIDROGENOEN SOLUCION ACUOSA AL 58%, CAPACIDAD DE 12 ML, CON IDENTIFICADOR RFID., 50(CINCUENTA) PIEZAS DE INDICADOR BIOLOGICO DE LECTURA RAPIDA DE 30 MINUTOS,GEOBACILLUS STEAROTHERMOPHILUS, DISPONIBLES EN POBLACION DE 10 A LA 6 CFU/SCBI,COLOR TAPON DESCOLORIDO, PARA EL CONTROL DE PROCESOS DE ESTERILIZACION DEPEROXIDO DE HIDROGENO (VH202)/ PLASMA. REQUIERE INCUBADORA DE LECTURA RAPIDA.,1000 (MIL) PIEZAS DE INDICADOR QUIMICO EN TIRAS, PARA EL CONTROL DE PROCESOS DEESTERILIZACION DE PEROXIDO DE HIDROGENO (H2O2)/ PLASMA., 6 (SEIS) ROLLOS DECINTA TESTIGO COLOR BLANCO CON INDICADOR, DIMENSIONES: ANCHO 25 MILIMETROS,LARGO 25 METROS, PARA EL CONTROL DE PROCESOS DE ESTERILIZACION DE PEROXIDO DEHIDROGENO (VH2O2)/ PLASMA., 1 (UN) ROLLO DE PAPEL TERMICO, MEDIDA 112 MILIMETROSX 28 METROS. PRESENTACION: KIT. NUMERO DE CATALOGO: STEELCO SPLK001. PARA SU USOEN EL EQUIPO: ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA A TRAVES DE PLASMA DE PEROXIDODE HIDROGENO. CLAVE: 531.385.1031. MARCA: STEELCO. MODELO: PL 130/1, PL 130/2.	KIT	1	KIT	10-20	3
	49	25401098	379	276	0245	00	01	DETERGENTE ENZIMATICO PROLYSTICA 2X ULTRACONCENTRADO. PRESENTACION: GALON.NUMERO DE CATALOGO: 1C3308. PARA SU USO EN EL EQUIPO MEDICO: CLAVES31.572.0309 LAVADORA DESCONTAMINADORA. MARCA: STERIS. MODELO: RELIANCEGENFORE.	GAL	1	GAL	10-20	4
	50	25400004	379	447	0132	00	01	LUBRICANTE PARA INSTRUMENTAL. 5 LITROS. PRESENTACION: GALON. NUMERO DECATALOGO: LUBMILK. PARA SU USO EN EL EQUIPO: LAVADORA DESCONTAMINADORA. CLAVE:531.572.0309.02.01. MARCA: SMEG. MODELO: WD4060.	GAL	1	GAL	10-20	5

El proveedor deberá entregar las siguientes cantidades de equipos en comodato

Unidad: HGR 1 Cuernavaca		
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	CONSIDERACIONES TÉCNICAS
MAQUINA DE ANESTESIA	1	Deberá considerar: máquina de anestesia compatible con los accesorios ofertados, vaporizador de sevoflurane y monitor de signos vitales con monitoreo de gases y capnografía.
MONITORES DE SIGNOS VITALES	6	Deberá considerar: 6 monitores de signos vitales para terapia intensiva y central de monitoreo. Equipos compatibles con los





DE TERAPIA INTENSIVA		accesorios ofertados.
DERMATOMO	1	El equipo deberá ser compatible con los insumos ofertados.
CRANEOTOMO	1	El equipo deberá ser compatible con los insumos ofertados.
ESTERILIZACIÓN	1	Deberá entregar un esterilizador de peróxido con incubadora para indicador de lectura.

NOTA: Por equipo todos los insumos deben de ser de la misma marca y/o deben ser completamente compatibles entre sí y con el equipo en comodato, el proveedor interesado en participar deberá cotizar la totalidad de las partidas solicitadas originalmente, sin parcialidades.

ANEXO TÉCNICO

Anexo tecnico.docx

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Terminos y cnd.docx

ANEXOS

FOCON 03.xlsx





ANEXO NÚMERO 2 (DOS)
ACREDITAMIENTO DE EXISTENCIA LEGAL Y PERSONALIDAD JURÍDICA, PARA COMPROMETERSE Y SUSCRIBIR PROPOSICIONES

(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL OFERENTE)

_____(nombre)_____, manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido verificados; así como que cuento con facultades suficientes para **comprometer y suscribir** las proposiciones en la presente Adjudicación Directa, a nombre y representación de: ___(persona física o moral)___.

No. de Adjudicación:_____.

Registro Federal de Contribuyentes:

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

Calle y número:

Colonia: Delegación o Municipio:
Código Postal: Entidad federativa:
Teléfonos:
Correo electrónico:

No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: Fecha Duración
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:
Relación de socios o asociados.-
Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):
Descripción del objeto social:

Reformas al acta constitutiva:
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente.

Nombre del apoderado o representante:

Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-

Escritura pública número: Fecha:

Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:

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

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





ANEXO NÚMERO 3 (tres)
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento
Presente

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL BAJO COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA No. _____,
REFERENTE A LA CONTRATACIÓN _____.

RAZON SOCIAL **RFC:**
DOMICILIO FISCAL **NO. PROVEEDOR**

ESTRATIFICACIÓN: ***MICRO ( )*** ***PEQUEÑA ( )*** ***MEDIANA ( )***

EQUIPO	PARTIDA	CUCOP	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	Descripción	UNI	CANT	TIPO	Cantidad solicitada	Precio unitario	Marca	Procedencia del bien	Importe total

Además de incluir en comodato _____ equipos de las características de la ficha técnica de la convocatoria, esto sin costo para el Instituto.

Expresar en letra el precio total de la proposición y que los precios ofertados serán fijos durante la vigencia del contrato.

Nombre

Firma representante legal





ANEXO
PROPOSICIÓN TÉCNICA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento
Presente

ADJUDICACIÓN DIRECTA INTERNACIONAL CON LA COBERTURA DE TRATADOS ELECTRONICA No. _____,
REFERENTE A LA CONTRATACIÓN _____.

RAZON SOCIAL: **RFC:**
DOMICILIO FISCAL: **NO. PROVEEDOR:**

EQUIPO	PARTIDA	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	Descripción	UNI	CANT	TIPO	Cantidad solicitada	Marca	Procedencia del bien	Número de Registro Sanitario

Y debe de cumplir con las características solicitadas en las fichas técnicas adjuntas.

Este documento deberá coincidir fielmente con las partidas cotizadas en el anexo número 3.

Nombre

Firma representante legal



AV. PLAN DE AYALA NO. 1201 ESQ. AV. CENTRAL, COL. RICARDO FLORES MAGÓN, C.P. 62450, CUERNAVACA, MOR,
Tel. 777 3155443 www.imss.gob.mx



ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL MORELOS
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
DEPARTAMENTO DE ADQUISICION DE BIENES Y CONTRATACION DE SERVICIOS

_____ Representante legal de la empresa _____ manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la empresa que represento dentro del procedimiento de adjudicación directa No. _____:

a) No nos encontramos en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 71 y 90 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

b) Que por nosotros mismos o a través de interpósita persona, nos abstendremos de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.

c) Los bienes ofertados así como mi representada, no nos encontramos sancionado ante la Secretaria de Salud y la CCILE.

d) Manifiesto la aceptación de que se tendrán como no presentadas sus proposiciones y, en su caso, la documentación requerida, cuando el archivo electrónico en el que se contengan las proposiciones y/o demás información no pueda abrirse por tener algún virus informático o por cualquier otra causa ajena al IMSS, en términos de lo dispuesto por el numeral 29 del "Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar para la utilización del sistema electrónico de información pública gubernamental, denominado Compras MX".

e) No desempeño empleo, cargo o comisión en el servicio público o, en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés. (Ley General de Responsabilidades Administrativas: DOF 18-07-2016)

Nombre y firma del representante legal





Anexo número 5 (CINCO)
Escrito de estratificación de MIPYME.

En caso de que la empresa no sea MIPYME deberá presentar escrito que NO LE APLICA

_____, a_____ de _____ de _____ (1)

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento
Presente

Me refiero al procedimiento de _____(3)_____ Núm. _____(4) _____ en el que mí representada, la empresa_____(5)_____, participa a través de la presente propuesta.

Al respecto y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada está constituida conforme a las leyes mexicanas, con Registro Federal de Contribuyentes _____(6)_____, y asimismo que considerando los criterios (sector, número total de trabajadores y ventas anuales) establecidos en el Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, mi representada tiene un Tope Máximo Combinado de _____(7)_____, con base en lo cual se estatifica como una empresa _____(8)_____.

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

Protesto lo necesario

_____

(Nombre y Firma del Apoderado o Representante Legal del Licitante)





Anexo 5 Bis.- Instructivo de llenado para el escrito de estratificación de micro, pequeña o mediana empresa (MIPYMES).

Descripción.
Formato para que los licitantes manifiesten, bajo protesta de decir verdad, la estratificación que les corresponde como MIPYMES, de conformidad con el Acuerdo de Estratificación de las MIPYMES, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009.

Instructivo de llenado.
Llenar los campos conforme aplique tomando en cuenta los rangos previstos en el Acuerdo antes mencionado.

1. Señalar la fecha de suscripción del documento.
2. Anotar el nombre de la convocante.
3. Precisar el procedimiento de contratación de que se trate.
4. Indicar el número de procedimiento de contratación asignado por CompraNet.
5. Anotar el nombre, razón social o denominación del licitante.
6. Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del licitante.
7. Señalar el número que resulte de la aplicación de la expresión. Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) x 10% + (Ventas anuales en millones de pesos) x 90%.

Para tales efectos puede utilizar la calculadora MIPYMES disponible en la página http.//www.comprasdegobierNúm.gob.mx/calculadora
Para el concepto "Trabajadores", utilizar el total de los trabajadores con los que cuenta la empresa a la fecha de la emisión de la manifestación.
Para el concepto "ventas anuales", utilizar los datos conforme al reporte de su ejercicio fiscal correspondiente a la última declaración anual de impuestos federales, expresados en millones de pesos.

8. Señalar el tamaño de la empresa (Micro, Pequeña o Mediana), conforme al resultado de la operación señalada en el numeral anterior.

Anotar el nombre y firma del apoderado o representante legal del licitante



ANEXO NÚMERO 6 (SEIS)

ESCRITO DE DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL LICITANTE.

PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE.

_____, a ____ de _____ del 20___.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Morelos
Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos
Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento

Presente.

El (la) C. _____(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL)_____, en su carácter de representante legal de la empresa ____(NOMBRE DEL LICITANTE)_____, personalidad que acredita mediante la escritura pública No. __(NUMERO DE INSTRUMENTO)_____, de fecha __(DÍA)__ de ___(MES)___ de __(AÑO)___, protocolizada por el Notario Público/Corredor Público _____(NOMBRE DE LA PERSONA QUE EMITE EL INSTRUMENTO)_____ Titular de la Notaría No. __(NÚMERO DE NOTARIA/CORREDURÍA)_____ de ____(UBICACIÓN DE NOTARIA/CORREDURÍA)_____, **autorizó expresamente al Instituto Mexicano del Seguro Social que mediante las áreas correspondientes realice toda clase de notificaciones a mi representada a través de medios de comunicación electrónica** respecto de la Adjudicación Directa _____ No. _____, para la contratación del _____, específicamente a los correos electrónicos _____ y _____.

Lo anterior, se realiza de conformidad con el artículo 35, fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, de manera supletoria al artículo 11 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Atentamente

(Nombre y firma del representante legal/persona facultada)
Representante legal de _____(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA)_____

Nota: En caso de que el LICITANTE sea persona física, adecuar el formato.

ANEXO NÚMERO 7 (SIETE)

"MODELO CONTRATO PEDIDO"

LAASSPSERVICIO.DOCX



APENDICE A

(Formato de Confirmación de la Cotización)

ANEXO_____

CONFIRMACION DE COTIZACIÓN

(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL COTIZANTE)

_____,____de_____de 2026

Instituto Mexicano del Seguro Social
(ÁREA CONTRATANTE)
Presente

(Nombre y cargo de la persona facultada legalmente) con las facultades que la empresa denominada _____ me otorga, manifiesto lo siguiente:

De conformidad con lo que establecen los artículos 54, 55, 57 y 58 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y al artículo 49 de su Reglamento; me permito confirmar la cotización presentada por mi representada en la solicitud de cotización SC- No. _____, para la contratación/ adquisición de _____ respecto a la clave (s) /partida (s) _____, en los términos y condiciones establecidos en la misma.

_____

(NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FACULTADA)
(NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA)



AV. PLAN DE AYALA NO. 1201 ESQ. AV. CENTRAL, COL. RICARDO FLORES MAGÓN, C.P. 62450, CUERNAVACA, MOR,
Tel. 777 3155443 www.imss.gob.mx