

Oaxaca de Juárez, Oax., a 27 de Marzo de 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0254/2026**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN****FOCON-04****INVMER-038-2026****C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.****Cuyo objeto social y actividad preponderante es:****Toma e Interpretación de estudios de mastografía abril-mayo 2026**

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con fundamento en el Artículo 5 fracción VII de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se le invita a participar en la presente INVESTIGACIÓN DE MERCADO, con el objetivo de obtener información respecto de:

- a) Determinar la existencia de oferta de los servicios que se requieren contratar en la cantidad, calidad y oportunidad requerida por este Instituto.
- b) Determinar proveeduría suficiente que preste los servicios
- c) Determinar el precio estimado de las partidas requeridas
- d) Determinar si existen servicios alternativos o sustitutos técnicamente razonables, o bien,
- e) Determinar el carácter del procedimiento de contratación a efectuar.
- f) Demás condiciones que imperan en el mercado.

Capacidad de cumplimiento de los requisitos de participación de la presente investigación

La presente investigación de mercado se requiere para la contratación de **Toma e Interpretación de estudios de mastografía abril-mayo 2026, solicitados en el Anexo 1 "REQUERIMIENTO"** en el que se describen las partidas con las características técnicas emitidas por la Jefatura de Servicios y Prestaciones Médicas.

Al respecto se hace una atenta invitación a remitir su cotización, enviando inicialmente su información al siguiente correo electrónico: Jefe de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, **juan.torresb@imss.gob.mx**; Jefe del Departamento de Adquisición de



Bienes y Contratación de Servicios, **ernesto.hooper@imss.gob.mx** y **maria.maciasd@imss.gob.mx** o en los números de fax 01951 51715-15 y 01951 51703-99.

El plazo máximo para recibir la información requerida será al día **30 de marzo del presente hasta las 12:00 hrs.**

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, (nombre de la dependencia o entidad) con fundamento en lo previsto en el artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se definirá el procedimiento a seguir para la contratación de acuerdo a la viabilidad del mismo y que aseguren las mejores condiciones para el estado y el Instituto.

Se invita a la proveeduría a enviar toda la documentación requerida en la presente **solicitud de cotización FOCON 04 INVMER-038-2026**, en caso que algún anexo no sea aplicable a su empresa, presentarlo e indicar en el mismo la leyenda **"NO APLICA"**.

Sin otro particular se agradece su participación, siendo el único objetivo asegurar las mejores condiciones de contratación para esta Institución.

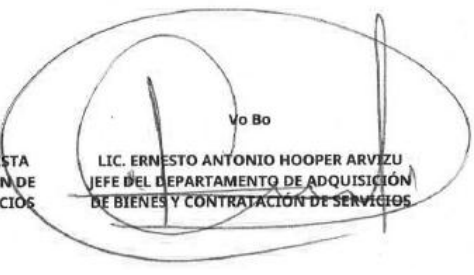
ATENTAMENTE



LAE SANDRA ISELA BARZALOBRE ARAGON
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE
ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO


Elaboró
MARIA DE LA LUZ MACIAS DE LA HUERA
SUPERVISOR DE PROYECTOS E2


Revisó
ING. JUAN ALBERTO TORRES BAUTISTA
JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIÓN DE
BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS


Vo Bo
LIC. ERNESTO ANTONIO HOOPER ARVIZU
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIÓN
DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS



ANEXO 1 REQUERIMIENTO

No.	Unidad Solicitante	Servicio	Estudios mínimo	Estudios máximo
1	U.M.F. No. 01	Toma e interpretación de mastografía	144	350
2	U.M.F. No. 38	Toma e interpretación de mastografía	140	350
3	U.M.F. No. 13 Cuicatlan	Toma e interpretación de mastografía	20	50
4	U.M.F. No. 58 Teotitlan	Toma e interpretación de mastografía	20	50
5	U.M.F. No. 21 Tamazulapan	Toma e interpretación de mastografía	15	38
6	U.M.F. No. 27 Ocotlan	Toma e interpretación de mastografía	36	90
7	U.M.F. No. 31 Zimatlan	Toma e interpretación de mastografía	38	96
8	U.M.F. No. 17 Magdalena Apasco	Toma e interpretación de mastografía	19	48
9	U.M.F. No. 56 Huitzo	Toma e interpretación de mastografía	35	86
10	U.M.F. No. 57 Etla	Toma e interpretación de mastografía	36	90
11	U.M.F. No. 40 Ixtlan	Toma e interpretación de mastografía	13	32

ANEXO 1 "A"

PARA FORMULAR SU INFORMACIÓN/COTIZACIÓN, SE DEBERA CONSIDERAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- **1.- Los datos de los servicios a cotizar se describen en el Anexo 1 (Uno) y anexo 1 "A" anexo técnico.**
- **2.- Condiciones de prestación de los servicios:**

Se requiere contratación de servicios estudios de toma e interpretación de mastografía de tamizaje en unidades móviles por el periodo de abril a mayo 2026. Conforme anexo Número 01 (UNO) "REQUERIMIENTO" y Anexo Número 03 (tres) "DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS"



Para todas las partidas EL PROVEEDOR” deberá contar con establecimiento fijo en la localidad de Oaxaca de Juárez, y realizar la toma de los estudios dentro del horario de lunes a viernes, en horario de 8:00 a 20:00 horas.

En caso de falla del Mastógrafo es necesario restablecer el servicio en un plazo no mayor a 24 horas.

Las instalaciones del proveedor deben de ser accesibles a la Población Derechohabiente a la cual brinda los servicios y sin barreras arquitectónicas para atención de discapacitados.

Se deberán realizar dos proyecciones con apego a la NOM-041-SSA2-2011, para cada mama por paciente: medio lateral oblicua y cráneo caudal.

Deben cumplir con los siguientes requisitos:

Imagen oblicua medio lateral:

- Imagen de mama completa
- Anotaciones completas
- Compresión adecuada
- Procesamiento correcto
- Piel libre de arrugas
- Imágenes simétricas
- Pezón perpendicular
- Exposición apropiada
- Ausencia de movimiento
- Revelado adecuado de la película
- Ausencia de artificios en la imagen

Imagen cráneo caudal:

- Borde medial presente
- Sombra del músculo pectoral
- Anotaciones completas
- Compresión adecuada
- Procesamiento correcto
- Piel libre de arrugas
- Imágenes simétricas
- Cola axilar de la mama visible
- Pezón perpendicular
- Exposición apropiada
- Ausencia de movimiento

- Ausencia de artificios en la imagen

Si el estudio de la mastografía no cumple con estos criterios de calidad el estudio deberá repetirse sin costo adicional para el Instituto.

Interpretación.

La interpretación debe de ser realizada por médico radiólogo certificado, deberá presentarse en papel membretado del proveedor, nombre firma y cedula profesional de quien realiza la y contar con los siguientes datos:

- ✓ Datos generales de paciente (Nombre, NSS, Edad y UMF de adscripción)
- ✓ Descriptivo para el tejido mamario y sus anexos.
- ✓ Debe contar con clasificación BI-RADS; calificado como 1, 2, 3, 4, 5. La interpretación.
- ✓ Solo se aceptaran como máximo 3% de resultados clasificados como BIRADS 0 (Por Unidad), en caso de que el porcentaje sea mayor al 10 % el proveedor realizará sin costo para el Instituto el ultrasonido de mama.
- ✓ Solo se aceptara un porcentaje menor del 7% de BIRADS 3 (por unidad médica) en caso que el proveedor exceda este porcentaje realizara sin costo ultrasonido de mama a las pacientes que se encuentren en este rango.

Las mastografías de detección serán realizadas a mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) enviadas por su Unidad Médica de adscripción a los "Servicios Subrogados" contratados.

Las mastografías serán realizadas a las mujeres que cumplan con los criterios que marca la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, únicamente se realizaran para pacientes mujeres, asintomáticas de en un rango de 40 a 59 años, de no cumplir este criterio no se realizará la toma. para tal efecto deberán presentar ante **"EL PROVEEDOR"**:

- Formato 4-30-2/03 de subrogación de servicios, registrando en todos y cada uno de sus campos los datos solicitado completos, con nombres sin abreviaturas y firmas.
- La paciente debe **identificarse** presentando originale de credencial de elector y Cartilla de Salud cuyo nombre deberá corresponder con la solicitud presentada, (no es necesario que el proveedor solicite fotocopia).

“EL PROVEEDOR” garantizará que el trato que reciba la población derechohabiente se realice en un marco de respeto a sus derechos, evitando en todo momento lesionen su integridad física y emocional.

“EL PROVEEDOR”, se obliga a prestar el servicio con el equipo presentado como parte de su proposición técnica, mismo que debe cumplir con las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del cáncer de mama.

El licitante deberá proporcionar un registro semanal electrónico sobre, el número y tipo de estudios realizados, indicando fecha de realización, unidad que refirió, nombre del paciente, costo unitario con IVA, sin IVA y total, número de afiliación, **resultado del estudio en un lapso no mayor a 3 (tres) días hábiles una vez que se realizó la toma**, servicio solicitante del estudio y médico especialista solicitante, **cuando este resultado sea patológico (Birad III, IV y V) la entrega será inmediata via electrónica, (24 a 48 horas posteriores a la toma del estudio)** el cual será entregado al personal responsable del programa de cada unidad.

Documentos a ser entregados

- Para clasificados con BIRADs 1 y 2. Se solicita que las imágenes de las tomas realizadas a las pacientes se visualicen en una nube “digital” cuyo acceso será otorgado por el proveedor, los cuales no deberán ser eliminados en un periodo no menor a 5 años,
- Para BIRADS 3, 4 y 5, Se solicita que las imágenes de las tomas realizadas a las pacientes se visualicen en una nube “digital” cuyo acceso será otorgado por el proveedor, los cuales no deberán ser eliminados en un periodo no menor a 5 años. A su vez debe ser entregada original de interpretación con las firma del médico radiólogo que realiza el diagnóstico con cédula profesional y nombre completo.

Requisitos del Anexo Número 02 (Dos) SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)
Deberá estar completamente requisitado y firmado de acuerdo a lo solicitado en cada campo, y con especial cuidado en los siguientes datos:

- Fecha de elaboración del formato.
- Número de Afiliación completo con agregados.
- Rama de seguro que afecta
- Sello de Vigencia, con fecha máxima de expedición de 72 horas al momento de recibir el servicio.
- Diagnóstico y Resumen Clínico.
- Servicios a Subrogar, (Especificar) Especificación del tipo de estudio o servicio a realizar;

que deberá ser igual al/los que se encuentren estipulados en este contrato.

- Una vez prestado el servicio el proveedor debe requisitar el recuadro "CONSTANCIA DE RECEPCION DEL SERVICIO". El proveedor deberá poner especial cuidado de verificar que la firma de recepción de los servicios coincida con la firma de la identificación oficial que presente el paciente y/o personal responsable de él.

Los estudios estarán sujetos a evaluación de imagen y de calidad de la interpretación en el que se evaluará:

- Imagen correspondiente con diagnóstico.
- Proyecciones completas, (que abarquen la totalidad de la mama, región axilar y sus anexos)
- Interpretación que corresponda a la imagen.

En caso necesario, solicitar nuevamente el estudio sin costo para el instituto en caso de incumplir con lo anteriormente enlistado.

De manera aleatoria por parte de los directivos de las Unidades se realizarán estas evaluaciones para control de calidad, y se retroalimentará a "EL PROVEEDOR" para que de manera oportuna realice las acciones pertinentes para brindar el Servicio subrogado de toma e interpretación de mastografías, con la calidad y oportunidad requeridas por el Instituto.

Mecanismos de comprobación supervisión y verificación de los bienes o de los servicios contratados y efectivamente entregados o prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable

De manera aleatoria por parte de los directivos de las Unidades se realizarán estas evaluaciones para control de calidad, y se retroalimentará a "EL PROVEEDOR" para que de manera oportuna realice las acciones pertinentes para brindar el Servicio subrogado de toma e interpretación de mastografías, con la calidad y oportunidad requeridas por el Instituto

Para efectos de solicitud y validación de los estudios realmente solicitados y otorgados, las unidades médicas deberán validar previo al envío de la factura los siguientes documentos.

Original del formato del Anexo Número 02 (Dos) SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03) debidamente certificado y con los datos de la constancia de que el servicio se recibió por parte del paciente o familiar del mismo, por cada uno de los servicios subrogados realizados.

Formato denominado "Relación de pacientes atendidos", con el nombre completo del paciente, número de afiliación, descripción del estudio o procedimiento y fecha de realización del estudio o procedimiento, de acuerdo al Anexo 3 (Tres).

Mismos que deberán de resguardarse en la Unidad, y deberán de clasificarse de acuerdo a lo señalado en la Norma que Establece los Criterios Específicos para la Organización y Conservación de los Archivos en el IMSS 1000-001-026.

➤ **3.- Forma de Pago:**

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada:

- Representación impresa del comprobante fiscal digital (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 IMSS.
 - ✓ Número de contrato asignado
- Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS) positiva y vigente

Esta documentación previa autorización de las Unidades médicas, deberá ser entregada en Violetas No. 1007, Colonia Reforma C.P. 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, para la emisión del contra – recibo de pago correspondiente en un horario 8 a 13 horas.

➤ **4.- El porcentaje de garantía de cumplimiento del contrato será del 10% con una afianzadora.**

➤ **5.- Penas convencionales por atraso en la prestación de los servicios y Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente:**

Garantía de los servicios

Concepto u obligación	Nivel de servicio	Unidad de medida	Deducción	Límites de incumplimiento
Inicio de la toma de mastografías en el horario señalado.	El proveedor se obliga al inicio de la toma de estudios en la fecha señalada en la Unidad programada y de acuerdo a lo establecido en el contrato.	Por cada media hora que no inicie el servicio en el horario señalado	1% por cada estudio no realizado en el horario señalado	Será hasta por el monto de la garantía de cumplimiento, equivalente al 10%.
Equipo mastografo funcional	En caso de que el mastografo quede fuera de servicio, el proveedor se obliga a reestablecer el mismo, dentro de las 48 horas siguientes.	Por cada día en que el equipo este fuera de servicio posterior de las 48 horas de haber realizado el reporte al proveedor.	1% por cada estudio no realizado en el horario señalado	Será hasta por el monto de la garantía de cumplimiento, equivalente al 10%.

DEDUCTIVAS:

Cuando el prestador de servicio incumpla en la entrega del informe que consiste en registro electrónico sobre el número y tipo de Servicios realizados de acuerdo a estas bases, indicando fecha de realización, unidad que refirió, nombre del paciente, costo unitario, I.V.A. y total, número de afiliación, servicio solicitante del estudio y médico especialista solicitante, a los correos electrónicos de Directores de las Unidades Médicas. Durante los primeros 3 días hábiles del mes inmediato posterior a los servicios otorgados, teniendo como evidencia de entrega sello y firma de la coordinación y/o acuse de recibo en correo electrónico de los correos arriba mencionados, se aplicara el 1% sobre el monto facturado en el mes que corresponda.

De generarse alguna reclamación por parte del derechohabiente por estudios no prestados de conformidad a lo contratado y/o se detecten que el mismo no cumple con los parámetros contratados por parte del Instituto, el prestador de servicio se hará acreedor a una deductiva equivalente al 10 % (diez por ciento) sobre el valor del estudio prestado con deficiencia, debiendo así mismo realizarlo nuevamente sin costo para el Instituto.

Si durante las visitas de supervisión que se realicen al contrato se detectan deficiencias en el servicio contratado, el prestador de servicio se hará acreedor a una deductivo equivalente al 1% sobre el valor de lo facturado en el mes donde se detecten estas deficiencias.

➤ 6.- Documentos que deberá presentar de carácter técnico para respaldar su cotización:

El licitante deberá presentar en copia simple los siguientes documentos:

Para el médico radiólogo que realizar la interpretación de las mastografías:

Título de médico cirujano, cedula profesional, diploma de la especialidad de radiología expedida por una institución de salud o académica reconocida, certificado o recertificación vigente de la especialidad emitido por el consejo mexicano de radiología e imagen, A.C.; certificado o recertificación vigente de la sub especialidad en mama emitido por el consejo mexicano de radiología e imagen, A.C.

Para el técnico radiólogo que realizara la toma de la mastografía:

Cedula profesional o diploma de técnico radiólogo expedida por una institución académica reconocida, de preferencia se solicita que este personal sea femenino.

Para el establecimiento:

- ✓ Licencia de funcionamiento del equipo de mastografía con el que otorgara el servicio
- ✓ Licencia de sanitaria para establecimientos que utilizan fuentes de radiación.
- ✓ NOM-229-SSA1-2002: Salud ambiental, requisitos sanitarios para equipos de rayos X, incluyendo el control de calidad en mastografía (pruebas de funcionamiento de los equipos).
- ✓ NOM-041-SSA2-2011: Para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer de mama, que regula el personal y procedimientos adecuados.
- ✓ NOM-016-SSA3-2012: Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios.
- ✓ Aviso de responsable sanitario

Ficha técnica del Mastógrafo (s) con el cual otorgara el servicio, el cual debe contar mínimo las siguientes especificaciones:

- a) Digitales directo (no digitalizado con CR). Mencionar marca y modelo.
- b) Con detector de selenio amorfo (a-Se) o silicon amorfo (a-Si) o yoduro de cesio o de silicio.
- c) Carta o Certificado de mantenimiento y calibración emitida por el representante de la marca en México, la cual no deberá de ser mayor a 12 meses.
- d) Estación de trabajo con dos pantallas LCD o TFT de 21" o mayor, con matriz de 5 MP en escala de grises.

Carta en papel membretado especificando la dirección electrónica, números de en el cual se establecerá la forma de comunicación y nombre de la persona autorizada para la recepción y confirmación de los servicios, así como las posibles quejas que formulen las unidades, con horario de 8:00 a 20:00 horas de Lunes a Viernes.

Registro Federal de Contribuyentes, expedido por el SAT.

⊕ 7.- Documentos de carácter legal y económico para respaldar su cotización:

- A. Escrito libre Bajo Protesta de Decir Verdad, en el que manifieste que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica, en términos del artículo 40 fracción VI. **ANEXO LIBRE.**
- B. Escrito bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los **artículos 71 y 90**, cuarto párrafo de la Ley. Tratándose de personas morales, su representante legal deberá de manifestar con el escrito antes referido que tanto el licitante, como los socios o asociados, no se encuentran inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX. **ANEXO A Y ANEXO B.**
- C. Presentar declaración de integridad, en la que manifiesten, bajo protesta de decir verdad, que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas, para que las personas servidoras públicas de la dependencia o entidad 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; así como, de incorporar durante la vigencia de los contratos a personas que se encuentren inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción X, **ANEXO C.**
- D. Presentar manifiesto, mediante el cual afirmen o nieguen, bajo protesta de decir verdad, los vínculos o relaciones de negocios, laborales, profesionales, personales o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado con las personas servidoras públicas que establece el Protocolo de Actuación en Contrataciones, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción XI de la Ley, **ANEXO D.**
- E. Presentar un escrito en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad, que no ejecuta con otro participante acciones que impliquen o tengan por objeto obtener un beneficio o ventaja indebida en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XX de la Ley, **ANEXO E.**
- F. Escrito en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad que, en caso de resultar ganador, no podrá subcontratar a otro licitante que haya participado en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XXI de la Ley, **ANEXO F.**
- G. Los licitantes con carácter de MIPYMES, deberán presentar copia del documento expedido por autoridad competente, que determine su estratificación como micro, pequeña o mediana empresa; o bien un escrito en el cual manifiesten bajo protesta de decir verdad que cuentan con ese carácter, conforme al **ANEXO G** de las presentes bases.

- H. Escrito en formato libre en el cual manifiesten que el licitante está inscrito en el registro a que hace referencia el artículo 86 de la Ley dando cumplimiento al artículo 40 fracción VII.
- I. Escrito libre en el que manifieste que, en caso de resultar adjudicado, presentará documento vigente en el que conste la opinión positiva de la autoridad competente, respecto del cumplimiento de sus obligaciones fiscales.
- J. Conforme al artículo 35 del Reglamento de la Ley, escrito bajo protesta de decir verdad, a través del cual el licitante manifieste que es de nacionalidad mexicana
- II. Acta Constitutiva actualizada en caso que el participante sea persona Moral; y acta de Nacimiento, CURP y Alta ante el SAT, si es Personas Física.

En el caso de resultar adjudicado y No cuente con Número de Proveedor IMSS, deberá anexar los documentos siguientes:

Registro Federal de Contribuyentes. (RFC).

- Comprobante de domicilio.
- Credencial de elector de representante legal.
- CURP
- Estados financieros de los últimos dos meses. (balance general y estado de resultados).

CAUSAS DE DESECHAMIENTO: El incumplimiento a cualquiera de los requisitos solicitados

Mecanismo de evaluación de proposiciones:

Se verificarán que las especificaciones de cada partida con las especificaciones de los ofertantes, así mismo que la documental que presenten cumplan con los requisitos establecidos en la presente investigación de mercado.



ANEXO NÚMERO 02 (DOS)
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO 2

SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS (4-30-2/03)

REGIÓN: <u>1</u>	FECHA: <u>3</u> <u>3</u> <u>3</u>	
DELEGACIÓN: <u>1</u>	DÍA MES AÑO	
UNIDAD MÉDICA: <u>4</u>	PACIENTE: <u>5</u>	
CLAVE PRESUPUESTAL	NOMBRE:	
TIPO Y NÚMERO:	SEXO: M ☐ F ☐	
LOCALIDAD:	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO	
SERVICIO QUE DERIVA: <u>6</u>	CURP:	
NOMBRE:	RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: <u>8</u>	
DIRECCIÓN:	RT EM IV RCV SpFAM	
TIPO DE SERVICIO: <u>7</u>	VIGENCIA DE DERECHOS <u>9</u>	
ORDINARIO: ☐ URGENTE: ☐		
DIAGNÓSTICO O DATOS CLÍNICOS: <u>10</u>		
SERVICIO (S) A SUBROGAR: <u>11</u>		
CANTIDAD	ESPECIFICACIÓN	
PROVEEDOR: <u>12</u>		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	RFC:	
DOMICILIO:	TEL:	
CONTRATO No.:	AL:	
VIGENCIA DEL:		
ELABORÓ	Va.Bo. JEFE DE SERVICIO	AUT. DIRECTOR UNIDAD
NOMBRE: <u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>
MATRÍCULA:		
FIRMA:		
CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ <u>16</u>		
NOMBRE:		
PACIENTE: ☐	FAMILIAR: ☐	RESPONSABLE: ☐
PARENTESCO:		
DIRECCIÓN:		
TEL:		
FECHA:		
FIRMA:		

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Región y Delegación	El nombre de la Dirección Regional, Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.
2	Folio	El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural. NOTA: Deberá procurarse sea preimpreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.
3	Fecha	Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).
4	Unidad Médica	La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.)
5	Paciente	Los datos que identifican al paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.
6	Servicio que deriva	El nombre del departamento donde se genera la solicitud del servicio (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).
7	Tipo de servicio	Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine el médico tratante debe recibir el servicio el paciente.
8	Ramo de seguro que se afecta	Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio al paciente o su acompañante. (RT: riesgo de trabajo; EM: enfermedades y maternidad; IV: invalidez y vida; RCV: retiro, cesantía y vejez; SpFAM: seguro de salud para la familia)
9	Vigencia de derechos	La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno del Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.
10	Diagnóstico o datos clínicos	El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, o todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por el Jefe de Departamento Clínico y/o el Director o encargado de la unidad médica.
11	Servicio (s) a subrogar	La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar al paciente para su atención.
12	Proveedor	El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica.
13	Elaboró	Nombre, matrícula y firma del responsable de su elaboración.
14	Vo. Bo. Jefe de Servicio	Nombre, matrícula y firma.
15	Aut. del Director de la Unidad	Nombre, matrícula y firma del Director de la unidad médica o de quien él designe.
16	Constancia de que el servicio se recibió	Datos generales del paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

ANEXO A
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN OAXACA
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

PRESENTE

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL QUE SUSCRIBE LAS COTIZACIÓN) BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA - PERSONA FÍSICA (ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA FÍSICA QUE PARTICIPA), DECLARO LO SIGUIENTE:

- De no encontrarme en ninguno de los supuestos del artículo **71 y 90, cuarto párrafo** de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

(LUGAR Y FECHA)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓOAD OAXACA.
CONVOCANTE**

- **Bajo protesta de decir verdad de no encontrarme en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90, cuarto párrafo de la Ley. Tratándose de personas morales, su representante legal deberá de manifestar con el escrito antes referido que tanto el licitante, como los socios o asociados, no se encuentran inhabilitados, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX.**

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓOAD OAXACA.
CONVOCANTE**

Bajo protesta de decir verdad, (afirmen o nieguen) los vínculos o relaciones de negocios, laborales, profesionales, personales o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado con las personas servidoras públicas que establece el Protocolo de Actuación en Contrataciones, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción XI de la Ley.

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓOAD OAXACA.
CONVOCANTE**

Bajo protesta de decir verdad, que no ejecuto con otro participante acciones que impliquen o tengan por objeto obtener un beneficio o ventaja indebida en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XX de la Ley

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓOAD OAXACA.
CONVOCANTE**

Bajo protesta de decir verdad, que en caso de resultar ganador, no podré subcontratar a otro licitante que haya participado en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XXI de la Ley.

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO G

FORMATO PARA LA MANIFESTACIÓN QUE DEBERÁN PRESENTAR LAS MICRO, PEQUEÑAS y MEDIANAS EMPRESAS, QUE PARTICIPEN CON TAL CARÁCTER EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 57 DEL REGLAMENTO DE LA LEY.

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

_____ de _____ de _____

Presente.

Me refiero a la Investigación de mercado INVMER-____-2026 en el que participo a través de la propuesta que se contiene en el presente sobre.

Sobre el particular y en los términos de lo previsto en el artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, *relativo a la participación de las micro, pequeñas y medianas empresas en los procedimientos de adquisición y arrendamiento de bienes muebles así como la contratación de servicios que realicen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal*, declaro bajo protesta decir verdad, que mi representada pertenece al sector **(Comercial, Servicios, Industrial, entre otros).**

ESTRATIFICACIÓN: MICRO () PEQUEÑA () MEDIANA ()

Asimismo, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que el Registro Federal de Contribuyentes de mi representada es:_____

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO H

Formato Información Reservada y Confidencial.

XXXXXXX., a __ de _____ de 2026

Instituto Mexicano del Seguro Social

P r e s e n t e

_____(Nombre)_, en mi carácter de persona física, manifiesto por medio de la presente que los documentos contenidos en mi propuesta y remitida a la convocante para la **INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-____-2026**, que contiene a su vez información de carácter Reservada y Confidencial con fundamento en los artículos 18 fracciones I y II, 19 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental, y los correlativos de su Reglamento y de los Lineamientos Generales para la Clasificación y Descalificación de la Información de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

Relación de documentos:

Ejemplos:

1. Acreditamiento, respecto de la cual es confidencial la parte que señala la relación de accionistas de la Sociedad.
2. Documentos expedidos por un tercero.

ATENTAMENTE

(Nombre, Firma y Cargo)

ACREDITACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Registro Federal de Contribuyentes:		Registro Patronal:	
Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)			
Calle:	Num Int.:	Num. Ext.	
Colonia:	Delegación o Municipio:		
Código Postal:	Entidad federativa:		
Teléfonos:	Fax:		
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:			
Socio 1 Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	
Socio 2 Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	
Socio 3 Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	
Descripción del objeto social:			
Reformas al acta constitutiva que incidan con el objeto del procedimiento.			
i			
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:

(Lugar y fecha)
Protesto lo necesario

(Nombre y firma)

ANEXO Cuestionario

Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-____-2026.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado

Se requiere que el servicio que oferte cumpla a cabalidad con las especificaciones solicitadas en los "Términos y Condiciones".

Solo se deberá proporcionar precio para los servicios que este en posibilidades de atender al 100% a delegacional.

Conteste a las preguntas solamente en los espacios en blanco provistos para tal efecto.

Cuando sea el caso si la pregunta solo requiere una respuesta de tipo SI/NO, no ingrese más información.

Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, NO se aceptarán respuestas en otros formatos.

Los siguientes requerimientos son necesarios para asegurar que la respuesta al cuestionario sea válida:

No cambie Ninguna otra celda aparte de las celdas destinadas a recibir su respuesta.

Los archivos enviados con alteraciones serán descartados, en caso de archivos duplicados solo se considerará la información del último archivo recibido.

No cambie o afecte la estructura de los archivos de ninguna manera (no ordene, no inserte, no cambie los nombres de los campos, etc.)

Considere que las cantidades requeridas pueden modificarse al momento de efectuar el proceso de contratación.

Por favor, responda las preguntas de la manera más completa posible.

Preguntas generales

Información de contacto y perfil del proveedor

Información de la Empresa

Nombre, Denominación o Razón Social	
R.F.C.	
Domicilio (calle, número, colonia, código postal).	
Ciudad	
Estado	

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor

¿Su empresa se dedica a la prestación de los servicios solicitados?	
---	--

¿Su empresa, en el objeto social de su acta constitutiva o en la actividad preponderante de su alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, especifica prestación de los servicios requeridos y que se relacionan en la presente?	
Número de trabajadores:	
De acuerdo con los criterios de estratificación que se proporcionan Indique el tamaño de su empresa.	

En caso de que su empresa sea considerada MIPYME.

¿Su empresa estaría dispuesta a presentar una propuesta conjunta?	
¿Es, o ha sido, proveedor del IMSS?	
Numero de Proveedor IMSS:	

Información opcional

Nombre del Representante Legal	
Numero de poder notarial	
Numero de acta constitutiva	

Preguntas específicas

Preguntas específicas sobre los servicios y las condiciones bajo las que se contratarán los servicios	SI	NO
1 ¿Su representada cumple con las especificaciones solicitadas de acuerdo al Anexo 1 (Uno)?		

Si su respuesta a alguna de las preguntas anteriores es NO, anexe un escrito en papel membretado de la empresa en donde mencione en que aspectos no cumple.

2 ¿Su cotización está vigente hasta el 31 de Diciembre del 2026?		
3 ¿Cuenta con capacidad de respuesta inmediata para la prestación de los servicios que en la presente se especifican?		
4 ¿Cuenta con los recursos técnicos para la prestación de los servicios que se relacionan en la presente?		
5 ¿Cuenta los recursos financieros para soportar el crédito hasta el plazo de pago establecido en la presente investigación?		
6 ¿Cuenta con la infraestructura que garantice la prestación de los servicios, motivo de la presente investigación?		
7 ¿Cuenta con compañías afianzadoras que le expidan de inmediato pólizas de fianza para garantizar el cumplimiento de los contratos que pudieran derivar del proceso de contratación?		
8 ¿Esa empresa se encuentra al corriente en el pago de sus obligaciones fiscales y de seguridad social?		
9 ¿Alguna condición limita su libre participación? De ser afirmativa su respuesta agregar un escrito en formato libre donde describa de forma clara el requisito que considera limita su libre participación.		
¿Cuántos años de experiencia podría acreditar en la prestación de los servicios que en la presente se relacionan con contratos?		

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al artículo 26 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico (LAASSP).

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que las respuestas al presente cuestionario son ciertas y aplican para la empresa que represento.

Atentamente

Nombre y Firma autógrafa del Representante Legal

ANEXO J COTIZACION

NÚM. DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO. _____
FECHA: _____ FAB. (). DIST. (). No. DE PREI IMSS:

NOMBRE DEL COTIZANTE: _____ DOMICILIO: _____

TEL.: _____ R. F. C.: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ()

PEQUEÑA ()

MEDIANA ()

No.	Unidad Solicitante	Servicio	Precio unitario	Estudios mínimo	Estudios máximo	Importe mínimo	importe máximo
SUBTOTAL						0.00	0.00
IVA						0.00	0.00
TOTAL:						0.00	0.00

NOTAS: EL(LOS) PRECIOS(S) PROPUESTO(S), PERMANECERÁ(N) FIJO(S) AL 31 DE DICIEMBRE 2026

EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICIÓN Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL **CONTRATO**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: Si el licitante, es una persona física, se podrá ajustar el presente formato, en su parte conducente.