

Oaxaca de Juárez, Oax., a 17 de abril del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/338/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN

**FOCON-04
INVMER-055-2026**

**C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.**

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

**SERVICIO DE TAPIZADO DE MOBILIARIO A EQUIPO MÉDICO Y
ADMINISTRATIVO PARA LAS UNIDADES IMSS OOAD OAXACA,
EJERCICIO 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 bienes en la cantidad, calidad u oportunidad requerida por este Instituto.
- b) Determinar proveeduría suficiente.
- c) Determinación de precio estimado.
- d) Determinar el carácter del procedimiento de contratación a efectuar.
- e) Demás condiciones que imperan en el mercado

De lo anterior, se solicita remitir toda la documentación solicitada, se exhorta a los interesados que deberán enviar cada uno de los requisitos solicitados en la presente solicitud de cotización, ya que esta área contratante determinará el tipo de procedimiento y la estrategia de contratación respectiva.

Al respecto se hace una atenta invitación a ratificar los bienes ofertados, 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;

deberá solicitar la confirmación de recepción de su información a los correos antes citados vía correo electrónico o en los números de teléfono 01951 51715-15 y 01951 51703-99, o remitirla impresa a la siguiente dirección:

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Servicios Administrativos
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento
Boulevard Nuunita Nuú Yoo No. 1227,
Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, C.P. 71230**

En caso de que el cotizante no reciba la confirmación de la recepción de su información, se entenderá que no fue recibida su oferta.

El plazo máximo para recibir la información requerida será al **23 de abril del 2026, hasta las 11:30 horas.**

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

Para esta investigación únicamente debe enviar ANEXO 2, ANEXO 1 Y ANEXO H, EL RESTO SON INFORMATIVOS

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

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA
1	MT01-005	TAPIZADO DE MOBILIARIO ADMINISTRATIVO EMPLEANDO VINIL ORION DE 3 MM. DE ESPESOR COLOR NEGRO O COLOR VERDE CONFORME A MUESTRA LISO AL VINIL A EMPLEAR DEBERÁ DE APLICARSE RETARDANTE DE FLAMA O IGNÍFUGO Y SUPRESORES DE HUMO, BASE AGUA PARA USO DOMÉSTICO, ACABADO TRANSPARENTE, LIBRE DE METALES PESADOS COMO EL PLOMO Y HALÓGENOS, QUE NO PRODUSCA ACARTONAMIENTO DE TELAS NO CAMBIE EL COLOR, QUE NO GENERE SALES, Y QUE SU HUMO NO GENERE CIANUROS O GASES TÓXICOS, PARA CUALQUIER TIPO DE TELAS Y LA VELOCIDAD DE QUEMADO DEBERÁ SER INFERIOR A 1 CM2 /MIN., PARA SILLAS Y SILLONES SECRETARIALES, OFICINISTAS EJECUTIVO Y COLCHONES, EL RELLENO PARA EL ASIENTO DE SILLONES FIJOS SERÁ DE HULE ESPUMA DE 1-1/2" A 2" DE ESPESOR GLUTINADO COMPACTO BAJA DENSIDAD CONFORME A MUESTRA PARA EL ASIENTO DEL DEMAS MOBILIARIO SERÁ HULE ESPUMA 24 KG CONFORME A MUESTRA Y PARA EL RESPALDO HULE ESPUMA DE 2 KG, CONFORME A MUESTRA MISMO QUE INVARIABLEMENTE DEBERÁ DE SER SUSTITUIDOS, EN RAZON DE REDUCIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES DENTRO DE LA UNIDAD, DEBIENDO DE COLOCAR CONFORME AL MATERIAL EXISTENTE CONTENIDO EN EL MOBILIARIO. EL CUAL DEBERÁ DE ENTREGAR TODO EL MATERIAL DE RELLENO QUE SE RETIRE (HULE ESPUMA, AGLUTINADO, ETC) DEBIDAMENTE EMBOLSADO, ANEXANDO COMO EVIDENCIA REPORTE FOTOGRAFICO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS (ANTES, DURANTE Y DESPUES POR PIEZA) INCLUYE REBORDES DE HULE PARA LAS SILLAS APILABLES, TELA CABEZA DE INDIO EN LA PARTE INFERIOR DEL MUEBLE, REPARACIONES COMO SOLDADURA Y CARPINTERÍA, SUSTITUYENDO MADERAS DE RESPALDO Y BASES, AJUSTE DE TORNILLERÍA Y COMPLEMENTACIÓN DE ÉSTA CLAVOS, TRANSPORTACIÓN DE LA UNIDAD AL TALLER Y RETORNO A LA MISMA, SUMINISTRO DE MATERIALES, RETIRO DEL VINIL O TELA EXISTENTE, LIMPIEZA Y RETIRO DE SOBRANTES FUERA DE LA UNIDAD HERRAMIENTA Y MANO DE OBRA. PARA EL CASO DEL HGZ 1, EL SERVICIO DEBERÁ DE SER EJECUTADO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL MISMO, EN UN HORARIO DE 8:00 A 16:00 HRS, DE LUNES A VIERNES, EN DIAS HABILES CON LA FINALIDAD QUE EL SERVICIO SE VERIFIQUE, Y ESTE SE SEA REALIZADO CON FORME A LO ESTIPULADO EN ESTE MISMO CONCEPTO. PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO, EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR AL JEFE DE CONSERVACIÓN TODO EL EQUIPO Y MATERIAL A UTILIZAR, (VINIL, TELA, HULE ESPUMA DE DIFERENTES DENSIDADES Y AGLUTINADO) PARA QUE SE LE PUEDA DAR AUTORIZACIÓN A REALIZAR EL SERVICIO.			
1	MT01-005005	SILLA SECRETARIAL	PZA	57	142
1	MT01-005010	SILLÓN OFICINISTA	PZA	16	40
1	MT01-005015	SILLÓN FIJO UN LUGAR CON CODERAS	PZA	16	40
1	MT01-005020	SILLAS APILABLES	PZA	56	138
1	MT01-005025	SHESLOHG 0.70 X 1.80	PZA	12	28
1	MT01-005	COLCHÓN DE CAMILLA DE 0.60 X 1.8 MTS	PZA	17	41

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA
	030				
1	MT01-005 035	COLCHONETA MESA DE EXPLORACIÓN Y QUIRÚRGICA 0.60 X 2.00 M	PZA	22	55
1	MT01-005 040	CODERAS PARA TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	PZA	6	15
1	MT01-005 045	SILLÓN DENTAL DE 0.50 X 1.80 MTS	PZA	4	8
1	MT01-005 050	COLCHONETA PARA MESA GINECOLÓGICA CONSTA DE 2 PZAS.: UNA DE 0.58 X 0.49 Y LA SEGUNDA DE 0.49 X 0.59)	PZA	8	20
1	MT01-005 055	COLCHONETA (REPISA) PARA TOMA DE MUESTRAS DE 0.30 X 0.35 MTS	PZA	2	4
1	MT01-005 060	SILLA CAMA HOSPITALARIA DE 3 PIEZAS CONSTA DE UNA PIEZA DE 5 x 60 CM. LA SEGUNDA DE 60 x 60 CM Y LA TERCERA DE 80 x 60 CM y CM DE ALTURA	PZA	13	31
1	MT01-005 065	SILLA DE ACOMPAÑAMIENTO DE 1.90 X 0.50 M. DIVIDIDO EN SECCIONES, CON CABECERA DE 0.20 X 0.50 M., CON HULE ESPUMA AGLUTINADA USO RUDO DE 10 CMS. DE ESPESOR, CON TERMINADO BOLEADO. INCLUYE SUSTITUCION DE TRIPLAY DE 6 MM	PZA	12	30
1	MT01-005 070	SOFA DE DOS PLAZAS	PZA	2	4
1	MT01-005 075	SOFA DE TRES PLAZAS	PZA	2	3
	MT01-005 080	COLCHON PARA CAMA DE TRATAMIENTO DE FISIATRIA 0.60 X 200 CM	PZA	2	3
	MT01-005 085	COLCHON PARA CAMA DE TRATAMIENTO DE FISIATRIA 0.55 X 0.36 CM	PZA	1	2
	MT01-005 090	SILLAS/CAMAS 0.80 X 1.60	PZA	2	3
	MT01-005 095	SILLAS/CAMAS 0.80 X 1.60	PZA	1	2
1	MT01-010	TAPIZADO DE MOBILIARIO ADMINISTRATIVO, EMPLEANDO TELA 100% ACRÍLICA PARA SILLAS Y SILLONES SECRETARIAL OFICINISTA EN COLOR VERDE PAVO REAL CONFORME A MUESTRA. EN SILLONES EJECUTIVOS EMPLEAR TELA ESPUMOSA CREPE 100% ACRÍLICA COLOR VERDE JADE CONFORME A MUESTRA, A LAS TELAS EMPLEAR DEBERÁ DE APLICARSE RETARDANTE DE FLAMA O IGNÍFUGO Y SUPRESORES DE HUMO, BASE AGUA PARA USO DOMÉSTICO, ACABADO TRANSPARENTE, LIBRE DE METALES PESADO COMO EL PLOMO Y HALÓGENOS, QUE NO PRODUSCA ACARTONAMIENTO DE TELAS NI CAMBIE EL COLOR, QUE NO GENERE SALES, Y QUE SU HUMO NO GENERE CIANUROS O GASES TÓXICOS PARA CUALQUIER TIPO DE TELAS Y LA VELOCIDAD DE QUEMADO DEBERÁ SER INFERIOR A 10 CM2 /MIN. CON TIEMPO DE EXTINCIÓN DE 2 A 4 SEGUNDOS, EN SILLAS Y MOBILIARIO MÉDICOS EMPLEAR PLÁSTICO POLIPROPILENO COLOR VERDE CONFORME A MUESTRA. EL RELLENO PARA EL ASIENTO DE SILLONES FIJOS SERÁ DE HULE ESPUMA DE 1-1/2" A 2" DE ESPESOR, AGLUTINADO COMPACTO BAJA DENSIDAD, CONFORME A MUESTRA. PARA EL ASIENTO DEL DEMÁS MOBILIARIO SERÁ HULE ESPUMA 24 KG. CONFORME A MUESTRA. PARA EL RESPALDO HULE ESPUMA DE 20 KG, CONFORME A MUESTRA. MISMO QUE INVARIABLEMENTE DEBERÁ DE SER SUSTITUIDOS, EN RAZON DE REDUCIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES DENTRO DE LA UNIDAD, DEBIENDO DE COLOCAR CONFORME AL MATERIAL EXISTENTE CONTENIDO EN EL MOBILIARIO. EL CUAL DEBERÁ DE ENTREGAR TODO EL MATERIAL DE RELLENO QUE SE RETIRE (HULE ESPUMA, AGLUTINADO, ETC) DEBIDAMENTE EMBOLSADO, ANEXANDO COMO EVIDENCIA REPORTE FOTOGRAFICO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS (ANTES, DURANTE Y DESPUES POR PIEZA) INCLUYE REBORDOS DE HULE PARA LAS SILLAS APILABLES, TELA CABEZA DE INDIO EN LA PARTE INFERIOR DEL MUEBLE, REPARACIONES COMO			

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA
		SOLDADURA Y CARPINTERÍA SUSTITUYENDO MADERAS DE RESPALDO Y BASES, AJUSTE DE TORNILLERÍA Y COMPLEMENTACIÓN DE ÉSTA CLAVOS, TRANSPORTACIÓN DE LA UNIDAD AL TALLER Y RETORNO A LA MISMA, SUMINISTRO DE MATERIALES, RETIRO DEL VINIL O TELA EXISTENTE, LIMPIEZA Y RETIRO DE SOBRANTES FUERA DE LA UNIDAD, HERRAMIENTA Y MANO DE OBRA. PARA EL CASO DEL HGZ 1, EL SERVICIO DEBERÁ DE SER EJECUTADO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL MISMO, EN UN HORARIO DE 8:00 A 16:00 HRS, DE LUNES A VIERNES, EN DÍAS HÁBILES CON LA FINALIDAD QUE EL SERVICIO SE VERIFIQUE, Y ESTE SE SEA REALIZADO CON FORME A LO ESTIPULADO EN ESTE MISMO CONCEPTO. PREVIO AL INICIO DEL SERVICIO, EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR AL JEFE DE CONSERVACIÓN TODO EL EQUIPO Y MATERIAL A UTILIZAR, (VINIL, TELA, HULE ESPUMA DE DIFERENTES DENSIDADES Y AGLUTINADO) PARA QUE SE LE PUEDA DAR AUTORIZACIÓN A REALIZAR EL SERVICIO.			
1	MT01-010 005	SILLA SECRETARIAL	PZA	114	284
1	MT01-010 010	SILLA OFICINISTA	PZA	39	96
1	MT01-010 015	SILLA APILABLE	PZA	186	463
1	MT01-010 020	SILLÓN FIJO CON CODERAS UN LUGAR	PZA	57	142
	MT01-010 025	SILLÓN EJECUTIVO	PZA	7	17
1	MT01-010 030	SILLÓN 3 LUGARES FIJO	PZA	16	39
	MT01-010 035	SHESLONG 0.70 X 1.80 M	PZA	24	59
	MT01-010 040	REPOSET DE 1.90 X 0.49 X 0.60 MTS	PZA	3	6
	MT01-010 045	SILLA ALTA PARA LABORATORIO	PZA	6	14
	MT01-010 050	SILLA GIRATORIA	PZA	1	2
1	MT01-010 055	SILLÓN GIRATORIO	PZA	34	83
	MT01-010 060	COLCHÓN CAMA HOSPITALARIA DE 90x184x17 CMS	PZA	26	63
	MT01-010 065	COLCHÓN PARA CAMA PEDIATRICA DE 65x117x17 CMS	PZA	4	10
1	MT01-015	TAPIZADO DE MOBILIARIO ADMINISTRATIVO, EMPLEANDO LONA PARA TANICOS Y CARROS TRANSPORTADORES DE BASURA EN COLOR VERDE JADE COCIDA Y/O VULCANIZADA MISMO QUE INVARIABLEMENTE DEBERÁ DE SER SUSTITUIDOS, ANEXANDO COMO EVIDENCIA REPORTE FOTOGRAFICO DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS (ANTES, DURANTE Y DESPUES POR PIEZA) INCLUYE: OJILLOS METALICOS REFORZADOS, PLIEGUES, DOBLECES, AJUSTE DE TORNILLERÍA Y COMPLEMENTACIÓN DE ÉSTA, TRANSPORTACIÓN DE LA UNIDAD AL TALLER Y RETORNO A LA MISMA, SUMINISTRO DE MATERIALES, RETIRO DE LONA EXISTENTE, LIMPIEZA Y RETIRO DE SOBRANTES FUERA DE LA UNIDAD, HERRAMIENTA Y MANO DE OBRA. PARA EL CASO DEL HGZ 1, EL SERVICIO DEBERÁ DE SER EJECUTADO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL MISMO, EN UN HORARIO DE 8:00 A 16:00 HRS, DE LUNES A VIERNES, EN DÍAS HÁBILES CON LA FINALIDAD QUE EL SERVICIO SE VERIFIQUE, Y ESTE SE SEA REALIZADO CON FORME A LO ESTIPULADO EN ESTE MISMO CONCEPTO.			
1	MT01-015	EN FORMA DE BOLSA DE 80X80X80	PZA	11	27

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA
	005				

ANEXO 1-A

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

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

Vigencia de la contratación y ejercicio presupuestal al que corresponda.

La vigencia será a partir de la fecha de firma del contrato al 31 de diciembre de 2026.

- A falta de normas se establece la metodología de evaluación a emplear para cubrir el requisito que exigen las bases normativas y por la cual el licitante, para garantizar la calidad de los servicios, deberá presentar lo siguiente:
- Nota: cada documento correspondiente a la propuesta técnica que presente el licitante, deberá ser identificado en la parte superior con el inciso y numeral que le corresponda conforme a las presentes bases, para evitar posible confusión en la identificación del documento presentado, ejemplo: 2.1 "calidad", inciso 1), que corresponde a la presentación de la constancia de que cuenta con taller de servicios, 2.1 "calidad", inciso 2), que corresponde a la presentación de las constancias de capacitación, y así sucesivamente.
- Constanza de que cuenta con taller de servicios relacionado a la tapicería de mobiliario, (escrito y reporte fotográfico).
- Presentar guía o protocolo en la cual manifieste el procedimiento de ejecución del servicio solicitado el cual debe ser acorde a la descripción del Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento".

- Relación de cuadrillas, equipos, herramientas y materiales a emplear en la prestación del servicio en cada una de las unidades, conforme al formato del Anexo No. (04) “Relación de cuadrillas a emplear para la realización del servicio en cada una de las unidades, determinando el personal, vehículo, herramienta y equipo”. Estas cuadrillas deberán impactarse en el programa calendarizado.
- Descripción amplia y detallada del servicio ofertado, cumpliendo estrictamente con lo solicitado en el Anexo No. 1 (Anexo técnico) “Requerimiento”, el cual forma parte de esta convocatoria.
- Carta en formato libre en la que se especifique la infraestructura con la que cuenta para la prestación del servicio, metodología y la experiencia comprobable de la implantación de estas, acreditando la experiencia con la presentación como mínimo de 1 copia de contrato celebrado con anterioridad respecto al servicio objeto de la presente convocatoria.
- Presentar carta en papel membretado conforme al formato del Anexo No. (06) “Formato para señalar el domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico”, especificando dirección física, electrónica, números de teléfonos fijo y celular en el cual se establecerá la forma de comunicación y nombre de la o las persona(s) autorizada(s) para la recepción y confirmación de los requerimientos de servicios y quejas que le formulen las unidades, con horario de 8:00 a 20:00 hrs. todos los días de la semana, así como para proporcionar el número de orden de servicio que le asignará a la unidad requirente. “EL PROVEEDOR” estará obligado a enviar acuses de recibo y en caso de no hacerlo, la impresión del correo electrónico con el que fue solicitado el servicio será tomado como constancia de que el servicio ha sido solicitado, o que se ha reportado alguna deficiencia en el servicio y a partir del día y hora señalada en dichos reportes empezará a contar el plazo para la ejecución del servicio y en su caso la aplicación de penalizaciones y/o deducciones correspondientes; asimismo, el representante legal se compromete a dar respuesta inmediata las 24 hrs. todos los días de la semana incluyendo sábados y domingos, así como días festivos, durante toda la vigencia del contrato. De igual forma, en caso de extravío del teléfono o cambio de número, “EL PROVEEDOR” se compromete a notificarlo en forma inmediata al jefe o residente de conservación de unidad y al administrador del contrato.
- Programa calendarizado de realización del servicio, requisitado conforme a formato del Anexo No. (03) “Programa calendarizado de realización de servicio”, en el que se deberá de plasmar y respetar los meses estipulados por la convocante, la cual no debe de rebasar el 31 de diciembre del 2026.

- Carta en hoja membretada en la que autoriza a “EL INSTITUTO” realizar deducciones sobre incumplimiento en tiempo y forma de la realización del servicio, conforme al formato del Anexo No. (07) “Autorización de deducción”.
- Se verificará que cotice la totalidad del servicio requerido, sino será causa de desechamiento de la partida.
- Se verificará la congruencia de los catálogos, fichas técnicas e instructivos que presenten los participantes con lo ofertado en su propuesta técnica.

CONDICIONES ADICIONALES.

El pago se realizará conforme a los servicios prestados a los 17 (diecisiete) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que sea entregado y aceptado el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) o factura electrónica a “EL INSTITUTO”, con la aprobación (firma) del Administrador del presente contrato.

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

La factura deberá elaborarse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social, Versión 4.0, Registro Federal de Contribuyentes IMS-421231-I45, con Domicilio Fiscal en Avenida Paseo de La Reforma No. 476, Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06600, Ciudad de México.

“EL PROVEEDOR” acepta que “EL INSTITUTO” le efectúe el pago a través de transferencia electrónica, obligándose para tal efecto a proporcionar en su oportunidad el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal a nombre de “EL PROVEEDOR”.

“EL PROVEEDOR” podrá optar porque “EL INSTITUTO” efectúe el pago de los servicios suministrados, a través del esquema electrónico intrabancario que el IMSS tiene en operación, con las instituciones bancarias siguientes: Banamex, S.A., BBVA, Bancomer, S.A., Banorte, S.A. y Scotiabank Inverlat, S.A., para tal efecto deberá presentar en el departamento delegacional de tesorería, sito en Violetas No 1007, Col. Reforma, C.P.

68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, petición escrita indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clave bancaria estandarizada), banco, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el IMSS”.

En caso de que “EL PROVEEDOR” realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contrarecibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria (CECOBAN).

“EL PROVEEDOR” deberá expedir sus facturas en el esquema de facturación electrónica CFDI (Comprobantes Fiscales Digitales por Internet), la recepción de las mismas será a través del Portal de Servicios a proveedores, y deberán ser proporcionadas en su formato XML; la validez de las mismas será determinada durante la carga y únicamente las facturas fiscalmente validas serán procedentes para pago. “EL PROVEEDOR” deberá proporcionar a las áreas financieras una representación impresa de la misma que cumpla con las especificaciones normadas por el Servicio de Administración Tributaria (SAT), la representación impresa por sí misma no será sustento para pago si no se hace la carga del XML del cual se originó o si la misma no es una representación fiel del XML origen.

En caso de que “EL PROVEEDOR” presente su (CFDI) o factura con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en los artículos 89 y 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, “EL INSTITUTO” dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes a la recepción de la misma, indicará por escrito a “EL PROVEEDOR” las deficiencias o errores que deberá corregir. El periodo que transcurra a partir de la entrega del citado escrito y hasta que “EL PROVEEDOR” presente las correcciones no se computará dentro de los días naturales estipulados para el pago.

“EL PROVEEDOR” para efectos de transferir los derechos de cobro deberá contar con el consentimiento de “EL INSTITUTO” para lo cual deberá notificarlo por escrito a “EL INSTITUTO” con un mínimo de 5 (cinco) días naturales anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contra-recibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión. El mismo procedimiento aplicará en caso de que “EL PROVEEDOR” celebre Contrato de cesión de derechos de cobro

a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C. Institución de Banca de Desarrollo.

En caso de que "EL PROVEEDOR" reciba pagos en exceso, deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que establezca la Ley de Ingresos de la Federación, en los casos de prórroga para el pago de créditos fiscales. Los intereses se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de "EL INSTITUTO".

El pago de los servicios quedará condicionado al descuento que "EL INSTITUTO" efectuará a "EL PROVEEDOR" por concepto de penas convencionales y deducciones, en el entendido de que en el supuesto de que sea rescindido el Contrato, no procederá el cobro de dichas penalizaciones, ni la contabilización de las mismas para hacer efectiva la garantía de cumplimiento, de conformidad con lo establecido por el artículo 95 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Anexo a la solicitud de pago electrónico (intrabancario e interbancario) "EL PROVEEDOR" deberá presentar original y copia de la cédula del Registro Federal de Contribuyentes, poder notarial e identificación oficial; los originales se solicitan únicamente para cotejar los datos y le serán devueltos en el mismo acto a "EL PROVEEDOR".

"EL PROVEEDOR" queda obligado a entregar a "EL INSTITUTO" junto con la factura de cobro respectiva, la "Opinión del cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social" de conformidad con lo descrito en los "Lineamientos para la verificación del cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social de los proveedores y contratistas", de fecha 25 de mayo del 2015, "Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales expedida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT)" y la Constancia de Situación Fiscal en materia de aportaciones y amortizaciones patronales emitida por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT)", todas en sentido Positivo y Vigentes, a efecto de cumplir con lo señalado por el artículo 32-D, primero, segundo, tercero, cuarto y último párrafos del CFF, así como a lo dispuesto por la Resolución Miscelánea Fiscal del ejercicio que corresponda.

Asimismo, "EL INSTITUTO" podrá aceptar de "EL PROVEEDOR" que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo, que éstas se apliquen por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

⊕ **4.- Pago:**

- El pago se realizará en moneda nacional, en pagos progresivos conforme a las entregas programadas en el contrato respectivo por los servicios prestados, y de conformidad con lo estipulado en el **Anexo 2 del "Procedimiento para la recepción, glosa y aprobación de los documentos presentados para trámite de pago, constitución, modificación, cancelación, operación y control de fondos fijos"**.

El CFDI deberá ser entregado por el propio proveedor en el Departamento de Presupuestos Contabilidad y Erogaciones sita en Violetas No 1007, Col. Reforma, C.P. 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca; dentro de los horarios de 8:00 a 13:00 hrs. en días hábiles.

5.- El porcentaje de garantía de cumplimiento del contrato será del 10% con una afianzadora.

⊕ **6.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente:**

Garantía de los Bienes

La pena convencional se calculará de acuerdo con los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

De conformidad con lo establecido en el artículo 75 de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público, la pena convencional será del 2.5% y no del 1% estipulado en el inciso e) del numeral 5.5.8, con la finalidad de garantizar que "EL PROVEEDOR" asuma la responsabilidad por daños financieros o de otra índole a "EL INSTITUTO" acortando el tiempo de respuesta, además de incentivar a "EL PROVEEDOR" a que cumpla con los plazos acordados los cuales pueden ser críticos, por lo que la pena convencional será aplicable a "EL PROVEEDOR" por cada día de atraso y calculada sobre el valor del servicio no prestado en el plazo establecido, sin considerar el impuesto al valor agregado; en los supuestos siguientes:

- a. En caso de que "EL PROVEEDOR" no dé cumplimiento en tiempo y forma al requerimiento realizado por "EL INSTITUTO" a través de los jefes o residentes de conservación o los que este designe, requerimiento realizado vía telefónica, correo electrónico o por escrito y una vez transcurrido 72 horas como plazo máximo para la realización de los servicios en que "EL PROVEEDOR" deba de cumplir y que el administrador del contrato decidiera no rescindir el contrato, "EL INSTITUTO" podrá realizar los servicios con un tercero por lo cual "EL PROVEEDOR" se compromete a pagar el importe de los bienes adquiridos, en el plazo otorgado por el tercero y a los precios que este los tenga en el mercado y en caso de no cubrir dicho pago también autoriza a "EL INSTITUTO", deducir el importe pagado por dichos bienes sobre los pagos que "EL INSTITUTO" deba cubrir a "EL PROVEEDOR", conforme a la autorización establecida por el propio proveedor en el formato del **Anexo No. (07) "Autorización de deducción"** esto independientemente de la aplicación de las penalizaciones a que se haya hecho acreedor.

La pena convencional por atraso, se calculara por cada día de incumplimiento hasta un máximo de 4 días naturales, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de los servicios suministrados con atraso y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda a la partida que se trate. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

La penalización se calculará a partir del día siguiente en que concluye el plazo o fecha convenida para la prestación de los servicios, y hasta el día en que inició la prestación del servicio de forma extemporánea, siendo el monto máximo la garantía de incumplimiento del contrato.

La pena convencional se calculará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

$$Pca = \%d (2.5) \times nda \times vspa.$$

Dónde:

%d=porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la entrega del bien.

Pca = pena convencional aplicable.

nda = número de días de atraso.

vspa = valor de los bienes con atraso, sin IVA.

El administrador del contrato será el encargado de determinar, calcular y notificar a el participante las penas convencionales; así como de vigilar el registro o captura y validar en el sistema PREI Millenium, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la conclusión del

incumplimiento, la aplicación de las penas convencionales, objeto del presente instrumento jurídico, y comunicar los incumplimientos.

DEDUCTIVAS

De conformidad con el artículo 76 de la ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público y 97 de su reglamento, "EL INSTITUTO" podrá aplicar deducciones al pago de los servicios con motivo del incumplimiento parcial o deficiente en que pudiera incurrir "EL PROVEEDOR" respecto de las partidas o conceptos que integran el presente requerimiento, las cuales no excederán del monto de la garantía de cumplimiento establecida para el mismo y conforme a lo siguiente:

Concepto u obligación	Nivel de servicio	Unidad de medida	Deducción	Límites de incumplimiento
Cuando "EL INSTITUTO" no obtenga respuesta por parte de "EL PROVEEDOR" o "EL PROVEEDOR" sea omiso en efectuar un servicio calendarizado conforme a Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	Realizar un servicio calendarizado en las fechas establecidas en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	No realizar un servicio calendarizado en las fechas establecidas en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	1 % sobre del valor del servicio no ejecutado.	Será hasta por el monto de la garantía de cumplimiento.
Cuando "EL INSTITUTO" no obtenga respuesta por parte de "EL PROVEEDOR" o "EL PROVEEDOR" sea omiso en efectuar un servicio requerido por "EL INSTITUTO" fuera de la programación establecida en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	Realizar un servicio requerido por "EL INSTITUTO" fuera de la programación establecida en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	No realizar un servicio requerido por "EL INSTITUTO" fuera de la programación establecida en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	1 % sobre del valor del servicio no ejecutado	Será hasta por el monto de la garantía de cumplimiento.
Cuando "EL INSTITUTO" no obtenga respuesta por parte de "EL PROVEEDOR" o "EL PROVEEDOR" sea omiso respecto de un servicio requerido por "EL INSTITUTO" en cuanto a la reparación de un servicio mal ejecutado.	Realizar un servicio requerido por "EL INSTITUTO" derivado de un servicio mal ejecutado.	No realizar un servicio calendarizado en las fechas establecidas en el Anexo No. () . "Programa calendarizado para la realización del servicio".	1 % sobre del valor del servicio no ejecutado	Será hasta por el monto de la garantía de cumplimiento.

En estos casos, además "EL INSTITUTO" podrá realizar el servicio reportado con un tercero, por lo cual "EL PROVEEDOR" se compromete a pagar el importe del o los servicios realizados en el plazo otorgado por el tercero y en caso de no cubrir dicho pago, también autoriza a "EL INSTITUTO" deducir el importe pagado por dichos servicios sobre los pagos que "EL INSTITUTO" deba cubrir a "EL PROVEEDOR".

"EL INSTITUTO" podrá realizar los servicios solicitados con un tercero al precio que este lo tenga en el mercado, y "EL PROVEEDOR" se hará cargo del pago directo al tercero que se le hayan contratado los servicios y en caso de no cubrir el pago en el tiempo otorgado por el tercero también "EL INSTITUTO" deducirá dicho importe de las facturas que "EL PROVEEDOR" presente para cobro de servicios que si hayan sido realizados.

Para tal efecto "EL PROVEEDOR" autoriza a "EL INSTITUTO" realizar deducciones sobre incumplimiento en la realización del servicio.

En ningún caso las deducciones podrán negociarse en especie.

Mecanismos de comprobación, supervisión y verificación de los bienes entregados así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable.

- a. EL INSTITUTO podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del servicio al licitante que resulte adjudicado.
- b. Los Jefes o Residentes de Conservación de Unidad, así como personal del Departamento de Conservación y S.G podrán realizar verificaciones aleatorias a cada una de las Unidades a las cuales se les proporciona el servicio con el objeto de verificar que el servicio este ejecutado conforme a las condiciones de contratación y en su caso hacer las reclamaciones correspondientes. "EL PROVEEDOR" presentará el último día hábil de cada mes el formato del **Anexo No. (10) "Control de servicios"** en el cual llevará un control de todos los servicios que cada jefe o residente de conservación le haya solicitado. Dicho anexo deberá enviarlo vía correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: rodrigo.ortiz@imss.gob.mx y/o teodoro.luis@imss.gob.mx.

CAUSAS DE DESECHAMIENTO TÉCNICO DE LA PROPUESTA:

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

- Cuando la muestra física presentada no cumpla con lo especificado en el Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento" de la presente convocatoria o con el criterio de evaluación propuesto por la convocante.
- Si omite presentar la ficha técnica emitida por el fabricante del retardante de fuego o ignifugo propuesto a utilizar en el servicio.
- Si omite requisitar o no requisió adecuadamente cualquiera de los formatos solicitados en las presentes bases.
- Si omite foliar de manera individual y consecutiva cada una de las hojas y de los documentos que integren la proposición técnica y económica y aquellas distintas a esta.

- Cuando no respete las fechas de realización del servicio estipulados por la convocante, omita programar alguna unidad y/o no realice o requisiere adecuadamente el programa calendarizado, conforme al formato del Anexo No. (03) "Programa calendarizado de realización de servicio".
- Si no existe congruencia entre los documentos que tengan interrelación.
- Si las muestras presentadas no cumplen con la prueba a la que serán sometidas.

Causas de Rescisión Administrativa del Contrato.

- Cuando habiendo transcurrido 5 días naturales después de la fecha programada para la prestación de los servicios, el proveedor no haya llevado a cabo la ejecución de los servicios requeridos, si así lo determina el administrador del contrato.
- Cuando se compruebe que "EL PROVEEDOR" haya prestado el servicio con alcances o características distintas a las pactadas en el requerimiento.
- La suspensión injustificada de los servicios, o la negativa de reponer los materiales o refacciones de mala calidad o servicios mal ejecutados.

- **Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.**

Se deberá notificar a "EL PROVEEDOR" mediante correo electrónico, o escrito dentro del periodo de 3 días hábiles siguientes al momento en que se haya detectado el vicio o defecto en el servicio.

- **Centros de servicio (domicilios y horarios) y reporte técnico.**

"EL PROVEEDOR" presentará carta en donde especificará dirección electrónica y números de teléfonos en el cual se establecerá la forma de comunicación y nombre de la persona autorizada para la recepción y confirmación de los requerimientos que le formulen las unidades con horario de 8:00 a 20:00 hrs. todos los días de la semana. "EL PROVEEDOR" está obligado a enviar acuses de recibo y proporcionar un número de folio el cual deberá ser consecutivo de acuerdo al requerimiento de cada unidad, estos números de folio son exclusivos para el presente contrato, y en caso de no hacerlo, la impresión del correo electrónico con el que fue solicitado el pedido será tomado como constancia de que el pedido ha sido solicitado, y a partir del día y hora señalada en dichos reportes empezará a contar el plazo para la realización del servicio y en su caso la aplicación de penalizaciones correspondientes. Asimismo deberá plasmar el nombre de la(s) persona(s) que se hará(n)

responsable(s) del pedido y proporcionar número de folio en caso de que el titular no se encontrara.

- **Periodo de garantía.**

“EL PROVEEDOR” deberá garantizar por escrito el servicio prestado por un periodo de seis meses y refacciones por un año, lapso en que si un equipo que fue objeto de mantenimiento presenta fallas este deberá ser reparado sin cargo para “EL INSTITUTO”.

- **Tiempos máximos de reparación o atención de fallas.**

Cuando exista un servicio mal ejecutado, “EL INSTITUTO” notificará a “EL PROVEEDOR” vía telefónica, correo electrónico o por escrito la solicitud de realizar nuevamente el servicio, debiendo acudir personal técnico especializado y acreditado del proveedor hasta la unidad, en un plazo máximo de 24 hrs. contadas a partir de la fecha de notificación por parte del Jefe o Residente de Conservación.

Todos los gastos que se generen por realizar nuevamente el servicio, correrán por cuenta del proveedor, previa notificación de “EL INSTITUTO”.

- **Garantía de mano de obra y/o partes.**

“EL PROVEEDOR” deberá garantizar por escrito el servicio prestado por un periodo de seis meses y refacciones por un año, lapso en que si un equipo que fue objeto de mantenimiento presenta fallas este deberá ser reparado sin cargo para “EL INSTITUTO”.

- **Mantenimientos correctivos y/o preventivos.**

Se encuentra establecido en el **Anexo No. 1 (Anexo técnico) “Requerimiento”**

⊕ **Documentos que deberá presentar de carácter técnico para respaldar su cotización:**

En su caso, los métodos de prueba que empleará el ente público para determinar el cumplimiento de las especificaciones solicitadas.

Normas que deben de cumplirse

Normas: Oficial Mexicana, Estándar (antes Mexicana), Internacional, de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LIC con base en lo señalado en el numeral 4.28.4 de las presentes POBALINES y, en su caso, el Registro Sanitario correspondiente.

A falta de normas se establece la metodología de evaluación a emplear para cubrir el requisito que exigen las bases normativas y por la cual el licitante, para garantizar la calidad de los servicios, deberá presentar lo siguiente:

Nota: cada documento correspondiente a la propuesta técnica que presente el licitante, deberá ser identificado en la parte superior con el inciso y numeral que le corresponda conforme a las presentes bases, para evitar posible confusión en la identificación del documento presentado, ejemplo: 2.1 "calidad", inciso 1), que corresponde a la presentación de la constancia de que cuenta con taller de servicios, 2.1 "calidad", inciso 2), que corresponde a la presentación de las constancias de capacitación, y así sucesivamente.

- 1) Constancia de que cuenta con taller de servicios relacionado a la tapicería de mobiliario, (escrito y reporte fotográfico).
- 2) Presentar guía o protocolo en la cual manifieste el procedimiento de ejecución del servicio solicitado el cual debe ser acorde a la descripción del Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento".
- 3) Relación de cuadrillas, equipos, herramientas y materiales a emplear en la prestación del servicio en cada una de las unidades, conforme al formato del Anexo No. (03) "Relación de cuadrillas a emplear para la realización del servicio en cada una de las unidades, determinando el personal, vehículo, herramienta y equipo". Estas cuadrillas deberán impactarse en el programa calendarizado.
- 4) Descripción amplia y detallada del servicio ofertado, cumpliendo estrictamente con lo solicitado en el Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento", el cual forma parte de esta convocatoria.
- 5) Carta en formato libre en la que se especifique la infraestructura con la que cuenta para la prestación del servicio, metodología y la experiencia comprobable de la implantación de estas, acreditando la experiencia con la presentación como mínimo de 1 copia de contrato celebrado con anterioridad respecto al servicio objeto de la presente convocatoria.

- 6) Presentar carta en papel membretado conforme al formato del Anexo No. (06) "Formato para señalar el domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico", especificando dirección física, electrónica, números de teléfonos fijo y celular en el cual se establecerá la forma de comunicación y nombre de la o las persona(s) autorizada(s) para la recepción y confirmación de los requerimientos de servicios y quejas que le formulen las unidades, con horario de 8:00 a 20:00 hrs. todos los días de la semana, así como para proporcionar el número de orden de servicio que le asignará a la unidad requirente. "EL PROVEEDOR" estará obligado a enviar acuses de recibo y en caso de no hacerlo, la impresión del correo electrónico con el que fue solicitado el servicio será tomado como constancia de que el servicio ha sido solicitado, o que se ha reportado alguna deficiencia en el servicio y a partir del día y hora señalada en dichos reportes empezará a contar el plazo para la ejecución del servicio y en su caso la aplicación de penalizaciones y/o deducciones correspondientes; asimismo, el representante legal se compromete a dar respuesta inmediata las 24 hrs. todos los días de la semana incluyendo sábados y domingos, así como días festivos, durante toda la vigencia del contrato. De igual forma, en caso de extravío del teléfono o cambio de número, "EL PROVEEDOR" se compromete a notificarlo en forma inmediata al jefe o residente de conservación de unidad y al administrador del contrato.
- 7) Programa calendarizado de realización del servicio, requisitado conforme a formato del Anexo No. (03) "Programa calendarizado de realización de servicio", en el que se deberá de plasmar y respetar los meses estipulados por la convocante, la cual no debe de rebasar el 31 de diciembre del 2026.
- 8) Carta en hoja membretada en la que autoriza a "EL INSTITUTO" realizar deducciones sobre incumplimiento en tiempo y forma de la realización del servicio, conforme al formato del Anexo No. (07) "Autorización de deducción".
- 9) Se verificará que cotice la totalidad del servicio requerido, sino será causa de desechamiento de la partida.
- 10) Se verificará la congruencia de los catálogos, fichas técnicas e instructivos que
- ”.
- a) **Documentación técnica necesaria como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar sus especificaciones.**

Anexar los folletos, catálogos y/o fotografías necesarios para corroborar las especificaciones, características y calidad del servicio. Esta referencia documental

corresponderá al servicio objeto de la presente licitación en el cual se muestre a su personal ejecutando el servicio y piezas terminadas después de realizar el mismo, así como del equipo y herramienta para la realización del servicio en sus diferentes etapas solicitado en el **Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento"**.

a) Visitas a las instalaciones institucionales, donde se suministrarán o colocarán los bienes o donde se prestarán los servicios, en su caso.

Si se requiere.

El participante deberá presentarse por lo menos con un día hábil de anticipación en un horario de 8 a 16 hrs. antes de la fecha programada para el acto de presentación y apertura de propuestas Técnicas y Económicas en el Departamento de Conservación y Servicios Generales, sita en Prolongación de Avenida Universidad No. 801, Ex-hacienda Candiani, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, con el Ing. Teodoro Roberto Luis Soriano, Jefe de Oficina E2 Conservación, esto con la finalidad de entregar las muestras correspondientes de telas y hule espuma y, con base a estas, puedan considerar las características técnicas solicitadas por la convocante.

Mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes.

"EL PROVEEDOR" deberá garantizar por escrito el servicio prestado por un periodo de seis meses y refacciones por un año, lapso en que si un equipo que fue objeto de mantenimiento presenta fallas este deberá ser reparado sin cargo para "EL INSTITUTO".

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

⊕ **17.- Documentos de carácter legal:**

⊕ **Documentos de carácter legal y económico para respaldar su cotización:**

1.- Los licitantes que participen por medios remotos de comunicación electrónica (proposiciones electrónicas), en caso de escanear imágenes, formatos u otro tipo de documentos, deberán ser anexados en los parámetros habilitados y podrán ser anexados en los pdf, word, Excel, siempre que se anexasen en el parámetro establecido para tal efecto.

- 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 A.**
- 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 inhabilitados, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX. **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 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.
- I. 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.
- J. En caso de que se presenten proposiciones en forma conjunta, cada una de las personas agrupadas, deberá presentar en forma individual los escritos señalados en este numeral, además del convenio firmado por cada una de las personas que integren la proposición. Conforme al **Anexo 2** de las presentes bases.
- K. Declaración mediante la cual acepta, que en caso de que los archivos electrónicos de las proposiciones y/o demás información no puedan abrirse por contener algún virus informático o por cualquier causa ajena a la convocante, se tendrá como NO presentada.
- L. Escrito mediante el cual el licitante autorice a los servidores públicos del Instituto puedan consultar su opinión de cumplimiento del SAT, IMSS e INFONAVIT.
- M. A fin de dar cumplimiento al artículo 49 fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas donde manifieste bajo protesta de decir verdad que no desempeña 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.

6 A.- DOCUMENTOS COMPLEMENTARIA:

- I. Copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición.
- II. Acta Constitutiva actualizada en caso que el licitante 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).

8.- Propuesta económica:

Deberá remitir la cotización conforme al anexo 2 (dos) cotización:

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 ()

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD MÍNIMA	CANTIDAD MÁXIMA	P.U.	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
							SUBTOTAL	
							I.V.A	
							TOTAL	

NOTAS: EL(LOS) PRECIOS(S) PROPUESTO(S), PERMANECERÁ(N) FIJO(S) AL 31 DE DICIEMBRE DEL 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 cotizante, es una persona física, se podrá ajustar el presente formato, en su parte conducente.

ANEXO A

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

(**NOMBRE**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-___-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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 cotizante, como los socios o asociados, no se encuentran inhabilitados, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX.

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO B

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓOAD OAXACA. CONVOCANTE

(_____ **NOMBRE** _____) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(_____ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA** _____), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-____-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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.

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO C

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

(**NOMBRE**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-___-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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)

ANEXO D

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

(**NOMBRE**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-____-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO E

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

(**NOMBRE**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-____-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO F

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

(**NOMBRE**) EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA
(**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**), Y EN TÉRMINOS DE LA
INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-____-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

Sobre el particular y en los términos de lo previsto en el artículo 57 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 () comercio () fabricante y es catalogada como () micro () pequeña () mediana empresa.

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

LUGAR Y FECHA

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO G

Formato de 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 _____, de la _____(Persona Física o Moral)_____, manifiesto por medio de la presente que los documentos contenidos en mi propuesta y remitida a la convocante para la Licitación Pública Nacional Electrónica No. _____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)

ANEXO H

ACREDITACIÓN DE LA PERSONALIDAD

_____(nombre)_____, manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente Investigación de mercado, a nombre y representación de: _____(persona física o moral)_____.
No. de la investigación de mercado _____.

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:

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 I Cuestionario

Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-055-2026.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado

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

Solo se deberá proporcionar precio para los bienes 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 venta de los bienes 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 bienes 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 bienes y las condiciones bajo las que se adquirirán los bienes	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 de 2026?		
3 ¿Cuenta con capacidad de respuesta inmediata para la venta de los bienes que en la presente se especifican?		
4 ¿Cuenta con los recursos técnicos para el suministro de los bienes 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 el suministro de los bienes, 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 de 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 considere limita su libre participación.		

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al artículo 5 fracción VII de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (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

HO
JA
D
E

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	PROGRAMA CALENDARIZADO DE REALIZACIÓN DEL "SERVICIO DE TAPIZADO DE MOBILIARIO A EQUIPO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA LAS UNIDADES IMSS OOAD OAXACA, EJERCICIO 2026"	HO JA D E _____					
OOAD OAXACA							
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS							
DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y S.G.							
NOMBRE DE LA EMPRESA:	PARTIDA No. 1	DÍ A	ME S	AÑ O	DÍ A	ME S	AÑ O
	ESPECIALIDAD:						

[illegible]

En la columna "UNIDAD HOSPITALARIA" puede únicamente plasmar el nombre de la Unidad Hospitalaria, sin describir todo el concepto completo, ya que con el número de clave se hace referencia a la descripción plasmada en el anexo No. 1 REQUERIMIENTO.

ANEXO No. (04)

RELACIÓN DE CUADRILLAS A EMPLEAR PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO EN CADA UNA DE LAS UNIDADES, DETERMINANDO EL PERSONAL, VEHÍCULO, HERRAMIENTA Y EQUIPO.

PARTIDA No. 1

CUADRILLA No. 1

NOMBRE DEL PROFESIONAL TÉCNICO: _____

VEHÍCULO A UTILIZAR: _____

RELACIÓN DE HERRAMIENTA Y EQUIPO CON QUE DEBE DE CONTAR LA CUADRILLA.

	NOMBRE DEL EQUIPO.	MARCA	CAPACIDAD	No. DE SERIE.	

OBSERVACIONES: El número de cuadrillas así como el número de personal, equipo y herramienta a utilizar para cada una de las partidas en las que participe, no es limitativo, por lo que el licitante puede proponer el número de cuadrillas que crea conveniente para garantizar la correcta ejecución del servicio en tiempo y forma en las fechas estipuladas en el Anexo Técnico.

REPRESENTANTE LEGAL.

ANEXO No. (05)

FORMATO PARA GARANTIZAR LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO.

MEMBRETE O LOGOTIPO DE LA EMPRESA QUE GARANTIZA LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO.

FECHA_____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OAXACA.

Con relación a la Licitación Pública No._____ relativa **“Servicio de tapizado de mobiliario a equipo médico y administrativo para las unidades IMSS OOAD Oaxaca, ejercicio 2026.”**, hago constar que (Nombre de la empresa) es **(fabricante, distribuidor internacional, nacional, subdistribuidor o proveedor en México)** de equipos **(mencionar que equipos y marca de acuerdo a la partida)**

Por lo anterior no tenemos inconveniente en garantizar a “EL INSTITUTO” que el personal propuesto por el licitante conoce el funcionamiento de los equipos relacionados en el párrafo anterior por lo que garantizo que se encuentra debidamente capacitado para proporcionar el servicio de tapizado al mobiliario antes mencionado y que corresponden a la partida No._____.

Para cualquier aclaración relacionada con este escrito pongo a su disposición los siguientes datos para certificar la autenticidad de este:

Nombre de la persona responsable:

Dirección (calle, número, código postal, ciudad, estado)

tel.

Dirección electrónica:

ANEXO No. (06)

FORMATO PARA SEÑALAR DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO.

MEMBRETE O LOGOTIPO DEL PROVEEDOR

FECHA _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD- OAXACA.

PRESENTE:

Con relación a la Licitación Pública No. _____ inherente a "SERVICIO DE TAPIZADO DE MOBILIARIO A EQUIPO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA LAS UNIDADES IMSS OOAD OAXACA, EJERCICIO 2026", el

C. _____ Representante legal de la empresa _____ Señalo como domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en:

Calle: _____, Número: _____, Col. _____, Municipio o delegación: _____, Código Postal: _____, Estado: _____.

Teléfono fijo: _____.

Teléfono Celular: _____.

Fax: _____.

Correo electrónico: _____.

Relación del personal encargado de la recepción y confirmación de los requerimientos:

_____, _____.
_____, _____.

Asimismo y como representante legal me comprometo a dar respuesta en forma inmediata las 24 hrs. todos los días de la semana incluyendo sábados y domingo así como días festivos durante toda la vigencia del contrato, asimismo en caso de extravío o cambio de número del teléfono celular, me comprometo a notificarlo en forma inmediata a los jefes o residentes de conservación de unidad y al administrador del contrato.

Nombre y firma del representante legal.

MEMBRETE DE LA EMPRESA

ANEXO No. (07)
AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN.

Fecha:_____.

Licitación Pública No._____.

“SERVICIO DE TAPIZADO DE MOBILIARIO A EQUIPO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA LAS UNIDADES IMSS OOAD OAXACA, EJERCICIO 2026”.

C._____ Representante legal de la empresa_____ manifiesto lo siguiente:

Autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social a que, en caso de que mi representada no diera cumplimiento por causas injustificadas y atribuibles a mi empresa con la realización del servicio en tiempo y forma conforme al programa calendarizado, atender un servicio mal realizado, atender un servicio fuera de programación que se me haya solicitado y/o no atender al requerimiento realizado por algún jefe o residente de conservación de unidad a través de los medios autorizados como son vía correo electrónico o telefónico o fax a tomar las siguientes acciones:

“EL INSTITUTO” puede realizar los servicios solicitados con un tercero al precio que este lo tenga en el mercado, y mi representada se hará cargo del pago directo al tercero que se le hayan contratado los servicios y en caso de no cubrir el pago en el tiempo otorgado por el tercero también autorizo a “EL INSTITUTO” a que dicho importe me sea deducido de las facturas que mi representada presente para cobro de servicios que si hayan sido realizados.

Nombre y firma del representante legal.

ANEXO No. (08)
DOMICILIO DE LAS UNIDADES

JCU No.	UNIDAD MÉDICA/ADMINISTRATIVA.	DOMICILIO.
1	H.G.Z. No. 1.	CALZ. NIÑOS HÉROES DE CHAPULTEPEC No. 621, COL. CENTRO , OAXACA DE JUÁREZ OAXACA C.P.68000.
	UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA. (UMAA).	CALZ. NIÑOS HÉROES DE CHAPULTEPEC No. 621, COL. CENTRO , OAXACA DE JUÁREZ OAXACA C.P.68000.
2	H.G.Z. No. 2, SALINA CRUZ.	NICOLÁS BRAVO Y CUAUHTÉMOC No. 1 COL. HIDALGO ORIENTE, SALINA CRUZ OAX. C.P. 70610.
	SUBDELEGACIÓN SALINA CRUZ.	CALLE PUEBLA No. 2 ESQUINA CON CARRETERA TRANSISTMICA, COLONIA MIGUEL HIDALGO PONIENTE, SALINA CRUZ, OAX. C.P. 70610
4	H.G.Z. No. 3.	BLVD. BENITO JUÁREZ NO. 141, COL. EL CASTILLO, C.P. 68340 SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAX.
	U.M.F. No. 64.	BLV. BENITO JUÁREZ NO. 195, COL. EL CASTILLO, C.P. 68340 SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAX.
	U.M.F. No. 59.	16 DE SEPTIEMBRE No. 43 COL. CENTRO. C.P. 68400 LOMA BONITA, OAX.
	TIENDA IMSS-SNTSS No. 110.	ARISTA No. 85-A COL. LA PIRÁGUA, C. P. 68380, SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAX.
	CECEM TUXTEPEC.	AV. LOS CEDROS No. 500 COL. BELLA VISTA, C. P. 68340, SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAX.
	SUBDELEGACIÓN TUXTEPEC	AV. 5 DE MAYO NO. 1290, COL. CENTRO, C. P. 68300, SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAX.
5	ALMACÉN DELEGACIONAL.	BOULEVARD GUADALUPE HINOJOSA DE MURAT No. 327, C.P. 71230, SANTA CRUZ XOXOCOTLÁN, OAX.
	BODEGA DE ARCHIVO DE CONCENTRACION Y BIENES DE BAJA	PROLONGACIÓN DE AVENIDA UNIVERSIDAD No. 801 AGENCIA CANDIANI, OAXACA DE JUÁREZ, OAX.
	SUBDELEGACIÓN OAXACA.	ARMENTA Y LÓPEZ No. 821, COL. CENTRO, OAXACA, OAX. C.P. 68000.
	GUARDERÍA No. 1.	HIDALGO No. 1404,Y 1408 ESQ. GONZÁLEZ ORTEGA, COL. CENTRO, OAXACA, OAX. C.P. 68000.
	TIENDA IMSS-SNTSS No. 33	MURGUÍA No. 509 ESQ. LIBRES, COL. CENTRO, OAXACA, OAX. C.P. 68000.
	CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL XOXOCOTLAN.	CAMINO LA HORQUETA, CRUZ TECACHE DE MINA, C. P. 71320, STA. CRUZ XOXOCOTLÁN, OAX.
	CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL SAN MARTIN MEXICAPAN.	CALLE MEXICAS ESQ. CIRCUITO CHONTALES FRACC. COLINAS DE MONTE ALBÁN, SAN MARTÍN MEXICÁPAN, OAXACA, OAX. C.P. 68140.
	CENTRO DE SEGURIDAD SOCIAL.	PRÓL. DE PINOS S/N, ESQ. ALHELÍES, COL. LAS FLORES, C.P. 68050, OAXACA. OAX.
	U.M..F. 13.	HIDALGO No. 6, SAN JUAN BAUTISTA, CUICATLÁN, OAX. C.P. 68600.
	U.M..F. 17.	PORFÍRIO DÍAZ No. 14 MAGDALENA APAZCO, OAX. C.P. 68226.
	U.M..F. 27.	CORREGIDORA No. 210 OCOTLÁN DE MORELOS, OAX. C.P. 71510
	U.M..F. 31.	16 DE SEPTIEMBRE S/N, 505, BARRIO SAN ANTONIO ZIMATLÁN DE ÁLVAREZ, OAX. C.P. 71200.
	U.M..F. 38.	CALZ. MADERO No. 509, COL. CENTRO OAXACA, OAX. C.P. 68000.
	U.M..F. 40.	CARRETERA IXTLÁN-CALPULÁLPAN KM. 1. 5 S/N, BARRIO LA ASUNCIÓN, IXTLÁN DE JUÁREZ, OAX. C.P. 68725.



JCU No.	UNIDAD MÉDICA/ADMINISTRATIVA.	DOMICILIO.
	U.M..F. 56.	HUATZOLOTITLÁN No. 154 2A. SECC. SAN PABLO HUITZO, OAX. C.P. 68258.
	U.M..F. 57.	AV. MORELOS No. 73, S. PEDRO Y S. PABLO, ETLA, OAX. C.P. 68200.
	CASA OFICIAL.	TUXPANGO No. 110, FRAC. LA CASCADA, OAXACA, OAX.
12	U.M..F. 5 .	IGNACIO ZARAGOZA Y RAYÓN S/N, STO. DOMINGO, TEHUANTEPEC, OAX. C.P. 70760.
	U.M..F. 6 .	EFRAÍN R. GÓMEZ ESQ. 20 DE NOVIEMBRE. 4a SECCIÓN JUCHITÁN, OAX. C.P. 70000.
	U.M..F.12 .	SAN ANTONIO, ESQ. LA ESPERANZA, DR. ISMAEL TOLEDO S/N COL. DEPORTIVA STO. DOMINGO INGENIO OAX. C.P. 70120.
	U.M..F.23 .	VENUSTIANO CARRANZA Y RIVERA DEL RÍO S/N, COL. MODERNA CD. IXTEPEC, OAX. C.P. 70110.
	U.M..F.29.	PREDIO LLANO BÍBLICO, S/N KM-3 , EL BARRIO LA SOLEDAD LAGUNAS, OAX. C.P. 70110.
	U.M..F.30 .	AV. 16 DE SEPTIEMBRE No. 47, BARRIO LAS FLORES, SAN PEDRO TAPANATEPEC, OAX., C.P. 70180.
	TIENDA IMSS-SNTSS No. 161.	HOMBRES ILUSTRES No. 910, COL. CENTRO, C. P. 70300, MATÍAS ROMERO, OAX.
	CECEM.	CARRETERA TRANSÍSTMICA S/N. UNIDAD DEPORTIVA. SALINA CRUZ, OAX.
15	H.G.S/CMF No. 41.	BLVD. CHAHUE LOTE 49, MANZANA 5 STA. CRUZ HUATULCO, OAX. C.P. 70989
	U.M..F. 26.	4a. ORIENTE No. 703 S/N, BARRIO EL PANTEÓN SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL, OAX. C.P. 71602.
	U.M..F. 32.	PRIVADA 2a PONIENTE No. 711 S/N, COL. CENTRO, PTO. ESCONDIDO, OAX. C.P. 71980
	U.M..F. 33.	KM1, CARRETERA SAN PEDRO POCHUTLA-PUERTO ANGEL, BLVD. PROF. ALBERTO GALLARDO BLANCO No. 44 , COL. CHAPINGO SN. PEDRO POCHUTLA, OAX. C.P. 70900.
	SUBDELEGACIÓN HUATULCO.	BLVD. CHAHUÉ LOTE 50, MANZANA 5 STA. CRUZ HUATULCO, OAX. C.P. 70989.
	TIENDA IMSS-SNTSS No. 135	AV. HIDALGO NO. 307, COL. CENTRO, PTO. ESCONDIDO, OAX.
16	DELEGACION ESTATAL, OAXACA, OAX.	VIOLETAS No. 1007, COL. REFORMA, OAXACA, OAX.
	CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL LAS FLORES.	PROL. PINOS ESQ. ALHELÍES, COL. LAS FLORES, SANTA LUCÍA DEL CAMINO,, OAXACA, OAX.
	U.M..F. 01.	JACOBO DALEVUELTA ESQ. DÍAZ QUINTAS, S/N OAXACA, OAX. C.P. 68000.
	U.M..F. 65.	ÁLAMOS No. 1200,ESQ. CON ALHELÍES, COL. LAS FLORES, SANTA LUCÍA DEL CAMINO, OAX. C.P. 68050
	CENTRO DE CAPACITACIÓN	CIRCUITO NORTE No. 412, ESQ. GERARDO VARELA, FRAC. LA CASCADA, OAXACA.
	JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.	REFORMA No. 905, COLONIA CENTRO, OAXACA. C.P. 68000.
	U.M..F. 58.	CARRET. TEOTITLÁN- TEHUACÁN KM 62.5; COL.EMILIANO ZAPATA; C. P. 68540; MUNICIPIO TEOTITLÁN DE FLORES MAGÓN, OAX.
	TIENDA IMSS-SNTSS No. 52	MORELOS No. 21, COL. CENTRO, TLAXIACO, OAX.
	U.M.F. No. 21 .	CALLE HIDALGO NUMERO 48 BARRIO SAN FRANCISCO, TAMAZULAPAN DEL PROGRESO ,OAXACA.
	TIENDA IMSS No. 133.	AZÁLEA ESQ. AZUCENAS, FRACC. JARDINES DEL SUR, C. P. 69000, HUAJUAPAN DE LEÓN, OAX.



JCU No.	UNIDAD MÉDICA/ADMINISTRATIVA.	DOMICILIO.
8	HOSPITAL RURAL IMSS HUAJUAPAM DE LEON	DIAGONAL 5 DE FEBRERO No. 8 COL. LA SOLEDAD HUAJUAPAN DE LEÓN. CP.69006
	UCE HUAJUAPAN DE LEON	VICENTE SUAREZ No. 8, COLONIA NIÑOS HEROES, HUAJUAPAN DE LEON, OAX.
6	HOSPITAL RURAL IMSS MIAHUATLAN	CALLE 3 DE OCTUBRE S/N BARRIO ABAJO C.P 70800. MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ, OAXACA.
19	HOSPITAL RURAL IMSS TLAXIACO OAX. (AVIACION)	BOULEVARD DE LA SALUD NUM. 100, BARRIO SAN PEDRO, TLAXIACO, OAX. C.P. 69800
	HOSPITAL RURAL IMSS LAXIACO OAX. (SAN DIEGO)	CARRETERA A YUCUDAA KM. 56, BARRIO SAN DIEGO, TLAXIACO, OAX C.P. 69800
18	HOSPITAL RURAL IMSS JAMILTEPEC	ANTIGUO CAMINO A MECOACÁN S/N COLONIA SECCIÓN QUINTA SANTIAGO JAMILTEPEC. C.P. 71700
9	HOSPITAL RURAL IMSS TLACOLULA DE MATAMOROS	CARRETERA A DÍAZ ORDAZ S/N SECCIÓN 7° C.P. . 70400 TLACOLULA DE MATAMOROS. OAXACA.
10	HOSPITAL RURAL IMSS MATIAS ROMERO	CALLE TIERRA Y LIBERTAD ESQ. ITURBIDE No. 202, COL. BARRIO JUAREZ NORTE, MUNICIPIO MATIAS ROMERO AVENDAÑO, OAX. C.P. 70300,
13	HOSPITAL RURAL IMSS HUAUTLA DE JIMENEZ	CALLE CERRO DEL FORTIN SIN NUMERO; COLONIA EL FORTIN; MUNICIPIO HUAUTLA DE JIMENEZ, OAX.C.P. 68500,
14	HOSPITAL RURAL IMSS SANTIAGO JUXTLAHUACA	KM 1, CARRETERA HUAJUAPAN-JUXTLAHUACA, COLONIA LAZARO CARDENAS, SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAX, C.P:69700
17	HOSPITAL RURAL SAN ILDEFONSO VILLALTA	CARRETERA A TEMAXCALAPA, S/N. KM 1.5, COLONIA CENTRO, SAN ILDEFONSO VILLA ALTA, OAX. C.P. 68800,

ANEXO No. (09)
DIRECCIONES DE LAS JEFATURAS DE CONSERVACIÓN

JCU No	NOM BRE	UNIDA D	DOMICILIO	TELÉFON O	CORREO ELECTRÓNICO
	ING. LEONARDO MARTÍNEZ MARTINEZ	H.G.Z. No. 1,	CALZ. NIÑOS HÉROES DE CHAPULTEPEC No. 621, COL. CENTRO , OAXACA DE JUÁREZ OAXACA C.P.680 00	951 51 52033 EXT 1339	leonardo.martinez@imss.gob.mx
	ING.VICTOR HUGO DIAZ GARCIA	H.G.Z. No. 2,	NICOLÁS BRAVO Y CUAUHTEMOC No. 1 COL. HIDALGO ORIENTE, SALINA CRUZ OAX. C.P. 70610	971 714 20 53	victor.diaz@imss.gob.mx
	ING. ROBERTO MARTINEZ VILLALOBOS	H.G.Z. No. 3,	BLV. BENITO JUAREZ NO. 141, COL. EL CASTILLO, C.P. 68340 TUXTEPEC, OAX.	287 875 13 25 EXT 61320, 61368	roberto.martinezvi@imss.gob.mx
	ING. ALBERTO PAZOS SANTIAGO	ALMACÉN DELEGACIONAL,	Boulevard Guadalupe Hinojosa de Murat No. 327 C.P. 71230, Santa Cruz Xoxocotlán, Oax.	951 533 68 55	alberto.pazos@imss.gob.mx
	ING.JOB DANIEL MARTÍNEZ TOLEDO	U.M.F. No. 6,	EFRAÍN R. GÓMEZ ESQ. 20 DE NOVIEMBRE. 4a SECCIÓN JUCHITÁN, OAX. C.P. 70000	971 714 20 53	job.martinez@imss.gob.mx
	ING.IRÁN RÍOS LÓPEZ	H.G. S..Z. No. 41	BLV. CHAHUE MANZANA 5 LOTE 49, C.P. 70989 BAHIAS DE HUATULCO	968 120 2781	iran.rios@imss.gob.mx
	ING. HUGO JESÚS RAMÍREZ MILLÁN.	U.M.F. No. 65.	ÁLAMOS No. 1200, ESQ. ALHELIES, COL. LAS FLORES STA. LUCÍA DEL CAMINO.	971 702 6711	hugo.ramirez@imss.gob.mx
	ING. LUIS MANUEL FLORES VAZQUEZ	HOSPITAL RURAL IMSS HUAJUAPAN DE LEON	DIAGONAL 5 DE FEBRERO No. 8 COL. LA SOLEDAD HUAJUAPAN DE LEÓN. CP.69006	953 532056	luis.floresv@imss.gob.mx
		UCE HUAJUAPAN	VICENTE SUAREZ No. 8, COLONIA NIÑOS HEROES, HUAJUAPAN DE LEON, OAX	953 555204	
	ING. ENRIQUE JAVIER CONTRERAS	HOSPITAL RURAL IMSS MIAHUATLAN	CALLE 3 DE OCTUBRE S/N BARRIO ABAJO C.P 70800. MIAHUATLAN DE PORFIRIO DIAZ, OAXACA.	951 572023	enrique.javier@imss.gob.mx
	ING. FELIPE RODRÍGUEZ MENDOZA.	HOSPITAL RURAL IMSS TLAXIACO OAX. (SAN DIEGO	CARRETERA A YUCUDAA KM. 56, BARRIO SAN DIEGO, TLAXIACO, OAX. C.P.	953 552005	felipe.rodriquez@imss.gob.mx

JCU No	NOM BRE	UNIDA D	DOMICILIO	TELÉFON O	CORREO ELECTRÓNICO
			69800		
		HOSPITAL RURAL IMSS TLAXIACO OAX. (AVIACION)	BOULEVARD DE LA SALUD NUM. 100, BARRIO SAN PEDRO, TLAXIACO, OAX. C.P. 69800		
	ING. ENRIQUE JAVIER CONTRERA S	HOSPITAL RURAL IMSS JAMILTEPEC	ANTIGUO CAMINO A MECHOACÁN S/N COLONIA SECCIÓN QUINTA SANTIAGO JAMILTEPEC. C.P. 71700	958 582804	enrique.javier@imss.gob.m
	ING. FRANCISCO JAVIER GARCIA ZUÑIGA	HOSPITAL RURAL IMSS TLACOLULA DE M.	CARRETERA A DÍAZ ORDAZ S/N SECCIÓN 7° C.P. . 70400 TLACOLULA DE MATAMOROS. OAXACA.	951 562031	francisco.garciaz@imss.gob.m
		COORDINACION MEDICA, OAXACA	REFORMA No 205, COLONIA CENTRO, C.P 6800, OAXACA, OAX.	951 562031	
	ARQ. JOSÉ GENARO ALFREDO ÁVILA LOZANO	HOSPITAL RURAL IMSS MATIAS ROMERO	CALLE TIERRA Y LIBERTAD ESQ. ITURBIDE No. 202, COL. BARRIO JUAREZ NORTE, MUNICIPIO MATIAS ROMERO AVENDAÑO, OAX. C.P. 70300,	972 72403	jose.avilalo@imss.gob.m
	ING. ÁLVARO CARAZO POSADA	HOSPITAL RURAL IMSS HUAUTLA DE JMZ	CALLE CERRO DEL FORTIN SIN NUMERO; COLONIA EL FORTIN; MUNICIPIO HUAUTLA DE JIMENEZ, OAX.C.P. 68500,	236 378003	alvaro.carazo@imss.gob.m
	ING. FELIPE RODRÍGUEZ MENDOZA	HOSPITAL RURAL IMSS JUXTLAHUACA	KM 1, CARRETERA HUAJUAPAN-JUXTLAHUACA COLONIA LAZARO CARDENAS, SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAX, C.P:69700	953 554030	felipe.rodriguez@imss.gob.m
	ING JESSICA PINTO DE LEON	HOSPITAL RURAL IMSS VILLALTA	CARRETERA A TEMAXCALAPA, S/N. KM 1.5 COLONIA CENTRO, SAN ILDEFONSO VILLA ALTA, OAX. C.P. 68800,	951 501343	jessica.pinto@imss.gob.m

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.		HOJA DE BITÁCORA No.
	OOAD OAXACA		
	JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.	NOMBRE DEL TRABAJADOR:	
	DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y S.G.		
	JEFATURA DE CONSERVACIÓN No.		
SERVICIO		UBICACIÓN:	
PROVEEDOR:			CONTRATO No:

[illegible]

Vo.Bo.

JEFE DE CONSERVACIÓN DE UNIDAD

DIRECTOR DE LA UNIDAD

ANEXO No. (11) FOCON-01

FORMATO

FO-CON-01

Orden de suministro

Descripción

Documento externo que se utiliza para solicitar a un proveedor que surta la cantidad de bienes, arrendamientos o servicios requeridos tratándose de contratos abiertos.

Instructivo de llenado

Llenar los campos conforme aplique a la contratación respectiva.

- | | |
|---|--|
| 1. Proveedor | 1. Nombre y Registro Federal de Contribuyentes del proveedor. |
| 2. Domicilio | 2. Calle, número, colonia, código postal, municipio y entidad federativa del domicilio del proveedor. |
| 3. Teléfono | 3. Número(s) de teléfono del proveedor. |
| 4. Fax | 4. En su caso, número(s) de fax del proveedor. |
| 5. Correo electrónico | 5. En su caso, correo electrónico del proveedor. |
| 6. No. de contrato | 6. Número de contrato formalizado con el proveedor y que origina la Orden de Suministro. |
| 7. No. de orden de suministro | 7. Número consecutivo generado para poder crear y dar seguimiento a la Orden de Suministro. |
| 8. Fecha | 8. Fecha en que se crea o emite la Orden de Suministro. |
| 9. No. de procedimiento | 9. En su caso, número de procedimiento correspondiente asignado por el sistema CompraNet. |
| 10. Domicilio de entrega | 10. Domicilio o lugar de entrega de los bienes o prestación del servicio. |
| 11. Fecha de entrega | 11. Fecha o plazo de entrega de los bienes o prestación del servicio. |
| 12. Partida | 12. Número de partida que corresponda al señalado en el contrato. |
| 13. CUCOP | 13. Número de Código en función del Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCOP) asignado al bien o servicio requerido. |
| 14. Descripción | 14. Descripción del bien requerido asociado al CUCOP. |
| 15. Unidad de medida | 15. Unidad de Medida (pieza, kilo, metro, litros, servicio, etc.). |
| 16. Cantidad solicitada | 16. Cantidad de bienes o servicios solicitados de cada partida. |
| 17. Precio unitario | 17. Precio unitario de cada bien o servicio solicitado. |
| 18. Importe | 18. Monto total que resulte de multiplicar el precio unitario por la cantidad solicitada. |
| 19. Subtotal | 19. Suma de los importes de las partidas solicitadas. |
| 20. IVA | 20. Valor que corresponda al Impuesto al Valor Agregado. |
| 21. Total | 21. Total a pagar con IVA incluido. |
| 22. Nombre y firma de proveedor | 22. Nombre completo y firma del proveedor o de su representante legal. |
| 23. Fecha en que recibe acepta el proveedor | 23. Fecha en que recibe el proveedor la Orden de Suministro para cumplir con la fecha o plazo de entrega. |
| 24. Nombre del servidor público | 24. Nombre, cargo y firma del servidor público o responsable de administrar el contrato, o facultado para expedir la orden. |

LOGO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
Orden de Suministro

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

[illegible]

ANEXO No. (12)
RÉGIMEN IMSS-ORDINARIO
“Servicio de tapizado de mobiliario a equipo médico y administrativo para las unidades
IMSS OOAD Oaxaca, ejercicio 2026”

CONTROL DE SERVICIOS						
		HOJA No. _____				
		FECHA _____				
		REPORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE: _____				
		No. DE CONTRATO _____				
		PROVEEDOR _____				
TELS. _____						
No. CONSECUTIVO	No. DE FACTURA	UNIDAD MEDICA O ADMINISTRATIVA	FECHA DE FACTURA	IMPORTE DEL SERVICIO CON IVA	FECHA PROGRAMADA DEL SERVICIO	FECHA REAL DE SERVICIO

OBSERVACIONES:

REPRESENTANTE LEGAL: