

INVMER-092-2026 FOCON-04

Oaxaca de Juárez, Oax., a 29 de Mayo de 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0508/2026**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN****FOCON-04****INVMER-092-2026**

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

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

**SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA PACIENTES DEL HGZ 3 TUXTEPEC,
DEL 05 DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 2026.**

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social del Gobierno Federal, a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con fundamento en los **artículos 3 fracción I, 35 párrafo sexto, 53, 54 fracción V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (DOF 16/04/2025)**, 29, 71 fracción III y 72 fracciones I y III de su reglamento, 4.2.1.1.10, 4.2.1.1.16, 4.2.3.1.5 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, numerales 4.13, 5.2, 5.3.4 inciso b), 5.3.8 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7.1.1.1.1 del Manual de Organización de la Jefatura de Servicios Administrativos, 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.
- g) **Capacidad** de cumplimiento de los requisitos de participación de la presente investigación.

**INVMER-092-2026 FOCON-04**

La presente investigación de mercado se requiere para el **"SERVICIO DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA PARA PACIENTES DEL HGZ 3 TUXTEPEC, DEL 05 DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 2026"** solicitados en el Anexo 1 **"REQUERIMIENTO"** en el que se describen las partidas con las características técnicas emitidas por el Departamento de Conservación y Servicios Generales.

Al respecto se hace una atenta invitación a efecto de cotizar dicho servicio, enviando inicialmente su información al siguiente correo electrónico: **juan.torresb@imss.gob.mx, ernesto.hooper@imss.gob.mx y maria.maciasd@imss.gob.mx**, o remitirla a la siguiente dirección: Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios Administrativos, Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, **Boulevard Nuunita Nu Yoo, No. 1227, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez**, Santa Cruz Xoxocotlán.

Así mismo, se deberá de hacer de conocimiento en un plazo no mayor a 24 horas, del conocimiento del Área Requirente y Área Técnica para los trámites administrativos a los que haya lugar y se continúe con su proceso de la manera más expedita.

El plazo máximo para recibir la información requerida será al día **02 de Junio del presente hasta las 10:00 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 todos los anexos requeridos en la presente **solicitud de cotización FOCON 04 INVMER-092-2026**, en caso que algún anexo no sea aplicable a su empresa, presentarlo e indicar en el mismo la leyenda

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



INVMER-092-2026 FOCON-04

ATENTAMENTE

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

Elabora

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

Revisa

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 (UNO) REQUERIMIENTO





Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y
EQUIPAMIENTO



INVMER-092-2026 FOCON-04

No.	Num	Pacientes:	Localidad	Sesiones Minimo	Sesiones Maximo
3	Hospital General de Zona No. 3 Tuxtepec	184	Tuxtepec	1,680	4,200

ANEXO 1 A

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

1.- DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DEL SERVICIO:

Página 4 de 42



2026
año de
Margarita
Maza



INVMER-092-2026 FOCON-04

El Instituto Mexicano del Seguro Social, requiere el Servicio de hemodiálisis externa para pacientes del OOAD Oaxaca, por el periodo del 01 de Enero al 30 de Junio de 2026 de acuerdo a las necesidades y con las cantidades Mínimas y Máximas contenidas en el Anexo 1 (Uno) Requerimiento.

- a) **Se anexa catálogo de conceptos con cantidades mínimas y máximas.**
- b) **El Instituto celebrará contrato abierto, mínimos y máximos. 40 % y 100%**
- c) **La cantidad máxima indicada en el Anexo 1 (UNO) Requerimiento es únicamente como referencia para efectos de cotización y no como compromiso para su realización.**
- d) **La vigencia corresponderá a partir del 01 de enero y hasta el 30 de junio de 2026.**
- e) **Se requiere contratación del servicio de Banco de Sangre por el periodo del 01 de Enero al 30 de junio de 2026.**

2. CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, UNIDAD DE MEDIDA, Y EN SU CASO EQUIPOS, CONSUMIBLES Y ACCESORIOS ASOCIADOS A LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS, CANTIDADES POR PARTIDA.

Los procedimientos de hemodiálisis se llevarán a cabo únicamente en las instalaciones del proveedor, las cuales invariablemente deberán localizarse dentro de la localidad de la Unidad de acuerdo al Anexo 4.

Contratación del servicio de hemodiálisis externa para pacientes del HGZ3 Tuxtepec del 05 de Junio al 31 de Julio de 2026.

El horario de servicio será de las 7:00 a las 23:59 horas de lunes a sábado; incluyendo días festivos.

El servicio deberá ser otorgado por personal con las siguientes características, de acuerdo con lo estipulado en la NOM 003-SSA3-2010 "Para la práctica de la Hemodiálisis":

Los participantes deberán acompañar a su propuesta técnica los documentos siguientes:

- a) **Titulo y/o cedula profesional del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis con especialidad de en Nefrología.**



INVMER-092-2026 FOCON-04

- b) Título y/o certificado de especialidad en nefrología o en su caso constancia de Institución reconocida que acredite haber recibido capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses del personal de enfermería responsable de las máquinas de hemodiálisis.

“EL PROVEEDOR” deberá ofrecer los siguientes servicios al paciente:

El cambio del acceso vascular temporal hacia el definitivo, no deberá ser mayor a 3 (tres) meses de haber ingresado al programa.

“EL PROVEEDOR” será responsable de mantener un acceso vascular funcional y libre de complicaciones médicas en cualquiera de sus modalidades para cada paciente.

Una vez registrado el paciente en la Unidad Subrogada, “EL PROVEEDOR” deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente.

En caso de hemodiálisis de urgencia el Instituto estabilizará al derechohabiente y lo enviará con los estudios, a excepción del panel para virus de Hepatitis B, C y VIH.

En cada procedimiento de hemodiálisis, en las etapas pre, trans y post hemodiálisis, se deberá determinar y registrar en el expediente clínico por cada paciente lo siguiente:

Peso del paciente pre y post diálisis, presión arterial pre, trans y post diálisis, temperatura pre y post diálisis, frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis, verificar heparinización tipo de filtros de diálisis, flujo del dializante, flujo sanguíneo, tiempo de diálisis y ultrafiltración, K/tv, signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis.

Eventos relevantes y complicaciones.

Medicamentos indicados.

Posteriormente “EL PROVEEDOR” deberá solicitar a la Unidad que deriva a los pacientes, por cada uno de ellos los siguientes parámetros y pruebas de laboratorio y gabinete con la frecuencia que a continuación se especifica:

En forma mensual: KT/V, urea ó nitrógeno ureico, biometría hemática completa, Química sanguínea: glucosa, creatinina, ácido úrico, Electrolitos séricos: sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, PFH: albúmina, proteínas totales, TGP y TGO (solo en caso de pacientes seropositivos para hepatitis B o C).



**INVMER-092-2026 FOCN-04**

Trimestral: Cinética de hierro: Ferritina, transferrina, colesterol, triglicéridos.

Cuatrimstral determinación de antígeno de superficie (HBs Ag), Anti HCV, VIH.

Cada 6 meses: TGO, TGP.

Anualmente: determinación de PTHi.

La adecuación de la hemodiálisis se deberá realizar en forma individualizada para cada paciente y se deberá cumplir con los siguientes parámetros:

Clínicos: Sin datos de uremia, control óptimo de la presión arterial, sin datos de retención hídrica y con peso seco en forma individual.

Bioquímicos:

hematocrito mínimo de 33 mm.

Transferrina de 257 mg.

Albúmina igual o mayor a 3.5 g/dl

Kt/v monocompartamental de 1.2 a 1.4.

URR igual o superior al 65%

Índice de catabolismo proteico (pcr) de 0.8 a 1.4 gr./Kg./día.

Calcio de 9 a 10.5 mEq/l.

Fósforo 4 a 5.5 mEq/l

Producto Calcio Fósforo menor a 55.

Nutricionales: "EL PROVEEDOR" deberá describir de manera bimestral, el estado nutricional de cada paciente con plicometría o bioimpedancia y parámetros bioquímicas, individualizando cada caso.

Criterios especiales a seguir por "EL PROVEEDOR":

En caso necesario de transfusión de componentes sanguíneos, el paciente deberá ser enviado a la unidad hospitalaria del Instituto que le corresponda.

Considerar como paciente de alto riesgo a aquellos que se encuentran contaminados con hepatitis B y/o C o VIH a los que en condiciones de urgencia no se haya podido determinar su panel viral.

Los pacientes con hepatitis B, C y VIH con prueba confirmatoria positivos, deben dializarse en máquina de hemodiálisis exclusiva para este tipo de pacientes y en área aislada, siguiéndose las técnicas internacionales establecidas.

**INVMER-092-2026 FOCN-04**

Los pacientes con hepatitis B y C y VIH-SIDA deben dializarse utilizando en ellos material y equipo exclusivo. En estos pacientes no debe reutilizarse el dializador. Se deberá seguir el Procedimiento de técnica de aislamiento aplicando la NOM 010-SSA2- 1993 para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

El material utilizado en los procedimientos de hemodiálisis deberá ser exclusivo para cada paciente.

La disposición del material de desecho e insumos que haya estado en contacto con sangre, deberán manejarse de acuerdo a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológicos-infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

Aseo exhaustivo de las áreas al menos una vez por semana, utilizando detergente en todas las superficies como pisos, paredes, puertas y ventanas y/ o de acuerdo a cultivos bacteriológicos realizados en el área.

Fumigar todas las áreas de la Unidad al menos una vez al mes, con plaguicidas o pesticidas y en su caso aplicar soluciones bactericidas.

Asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis después de cada procedimiento, de igual forma el demás mobiliario que haya sido utilizado, deberá ser aseado y sanitizado al término de cada día de uso.

En la detección de casos nuevos de Hepatitis B, C y/o VIH, por la unidad subrogada, ésta deberá dar aviso al Director y médico tratante del Hospital de referencia, a través de nota médica de la presencia de esta patología.

Envío de nota médica mensual a la Unidad Médica del Instituto de adscripción conforme a la Norma NOM 168-SSA1-1998 del expediente clínico anotando los resultados de los exámenes de laboratorio.

La unidad subrogada deberá cumplir con las normas internacionales de seguridad al paciente, conforme lo dispuesto por el Consejo de Salubridad General.

Responsabilidades de "EL PROVEEDOR":

Se obliga a prestar el servicio subrogado de hemodiálisis en los términos y condiciones establecidas en el contrato del cual resulte adjudicado.

**INVMER-092-2026 FOCN-04**

Es responsable de atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, (en el pre, trans y post hemodiálisis) utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requieran, hasta conseguir la estabilización Hemodinámica del paciente y su traslado a la Unidad de adscripción, sin costo adicional para el Instituto.

En este sentido "EL PROVEEDOR" deberá entender por complicaciones:

Hipotensión arterial severa, cuadro de cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteremia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente.

Complicaciones del acceso vascular temporal que se derive:

- 1.- De la manipulación del catéter.
- 2.- Disfunción inherente del catéter.
- 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

Complicaciones del acceso vascular definitivo que se deriven.

- 1.- De la manipulación o cateterización.
- 2.- Disfunción inherente del acceso.
- 3.- Generadas durante el proceso de hemodiálisis.

"EL PROVEEDOR" Deberá notificar a la Unidad Médica correspondiente del Instituto por vía telefónica en forma inmediata y por escrito en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la presentación del caso de complicaciones al director o subdirector médico de la unidad correspondiente, con atención al médico nefrólogo tratante, con un resumen clínico del caso, el detalle de la complicación, la atención que se brindó y resultados obtenidos, con objeto de dar continuidad al tratamiento, la llamada telefónica permitirá el traslado inmediato del paciente estabilizado en ambulancia de la unidad subrogada al hospital correspondiente.

"EL PROVEEDOR" Deberá enviar al director de la Unidad Hospitalaria Institucional correspondiente con atención al médico responsable del programa: resumen mensual, con nota de evolución, eventos relevantes, resultados de laboratorio y gabinete, observaciones de cada uno de los pacientes.

El médico responsable de la unidad subrogada podrá sugerir a través de nota médica cambios en la prescripción de medicamentos, absteniéndose de dar la indicación directa al paciente o familiar y será el nefrólogo de la institución quien valore y modifique la prescripción.

**INVMER-092-2026 FOCON-04**

“EL PROVEEDOR” dará las facilidades necesarias para que el personal autorizado y designado por el Instituto pueda hacer las visitas de supervisión.

“EL PROVEEDOR” además deberá observar: Uso de dializadores nuevos por cada sesión de hemodiálisis o el reprocesamiento de dializadores de forma automatizada. En el caso de reprocesamiento los dializadores, deberá apegarse a las normas del apéndice "B" de la NOM 003-SSA3-2010 para la práctica de la hemodiálisis.

“EL PROVEEDOR” deberá dotar en forma mensual a “EL INSTITUTO” del número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados en unidades médicas del IMSS a pacientes referidos a subrogación de nuevo ingreso del mes inmediato anterior, más 1 (uno) catéter temporal o permanente . Esto será acumulable, con el propósito de contar con un stock para garantizar la atención oportuna de los pacientes referidos por primera vez a las unidades subrogadas, los catéteres se entregarán al almacén de la unidad médica correspondiente o en donde lo indique el Director Médico de la Unidad dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes en el horario de 9-15 hrs. De lunes a viernes, debiendo anotar nombre, matrícula y cargo de quien los recibe, debiendo notificar al administrador del contrato la falta de entrega de los catéteres.

Debe existir la carta de consentimiento informado del paciente para ser incluido en el plan de reprocesamiento y deberá ser informado de las condiciones de los filtros de diálisis.

El etiquetado del filtro de diálisis deberá contar con el nombre del paciente, fecha del primer uso y el número de reprocesamientos, lo cual junto con la fecha del último reprocesamiento y el nombre de quien lo realizó, quedará registrado en la bitácora de la unidad.

Una vez lavado y esterilizado, el filtro de diálisis será almacenado en un lugar fresco y resguardado de la luz para evitar la proliferación de microorganismos.

Previo al comienzo de la diálisis, enjuagar el filtro de diálisis cerciorándose por medio de procedimientos específicos de la ausencia de residuos del material esterilizante de acuerdo a cada tipo de agente utilizado, que en su caso, deberá ser reprocesado.

Los filtros de diálisis de fibra hueca podrán ser reutilizados en máximo de 12 veces, mientras mantengan un volumen residual no inferior al 80% del medido inicialmente y se compruebe la integridad del mismo, a través de la ausencia de fuga aérea o hemática.

En el caso de pacientes seropositivos al virus de hepatitis B o de la inmunodeficiencia humana, no se deberán reutilizar los filtros de diálisis.

**INVMER-092-2026 FOCN-04**

El nefrólogo a cargo de la unidad de hemodiálisis es el responsable de la elección de la metodología a seguir y de sus consecuencias.

Cumplir con los criterios para la clasificación y especificaciones de manejo de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos que se generen en los establecimientos, de conformidad con lo establecido en la Norma NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

El instituto será a través del servicio de Medicina Interna (HGZ 1) o subdirección y/o dirección médica enviará a los pacientes con el formato de subrogación (4-30-2/03) (Anexo 6) debidamente acreditada por el director de la unidad y/o subdirector médico y jefe de servicio, con resumen médico, con vigencia actualizada.

El instituto será responsable de extender las recetas de medicamentos, incapacidades, solicitudes de interconsulta, de laboratorio y gabinete en caso necesario para cada paciente que reciba el servicio.

El instituto ratificará la continuidad del servicio de cada paciente, a través de la verificación de vigencia de derechos actualizada.

Las características del inmueble serán las siguientes:

Las instalaciones de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, deberán contar con:

- Sistema de alarma.
- Detectores de incendio.
- Extintores.
- Salidas de emergencia.
- Iluminación de emergencia.
- Película de protección en cristales: Sólo se exigirá a aquellos inmuebles que se encuentren ubicados en zonas de alto riesgo sísmico y de ciclones tropicales
- Rutas de evacuación.
- Rampas de acceso.
- Puntos de reunión.
- Señalización de seguridad

Programa Interno de Protección Civil, aprobado por la autoridad local (refrendado anualmente).



INVMER-092-2026 FOCON-04

- Visto Bueno de Protección Civil (refrendado anualmente).
- Visto Bueno de Bomberos (si la autoridad estatal o local lo requiere y emite).
- Certificación o validación anual de las instalaciones eléctricas, realizadas por perito responsable acreditado
- Certificado del estado de las instalaciones de gas, emitido por perito acreditado o unidad verificadora (refrendado anualmente)
- Contrato vigente del servicio de mantenimiento del sistema de alarma.
- Bitácoras de mantenimiento (Instalaciones eléctricas, hidrosanitarias, gas, comunicación, equipos sujetos a presión, elevadores, escaleras de emergencia, equipo contra incendio, etc.).
- Contrato del Servicio de Seguridad vigente.
- Certificación anual del mantenimiento y recarga de extintores.
- Validación Estructural del Inmueble, emitido por director Responsable de Obra o Perito registrado en la entidad o municipio.
- Licencia de uso de suelo.
- Licencia de funcionamiento.
- Póliza de seguro de responsabilidad civil, que deberá renovarse anualmente y estar vigente durante la aplicación del instrumento legal celebrado para el otorgamiento del servicio.
- Constancia de capacitación otorgada por empresa autorizada ante la instancia de protección civil correspondiente o por la autoridad local competente. Al menos el 60%(sesenta por ciento) de todo el personal debe estar capacitado en los cursos de control y combate de incendios y de procedimientos de evacuación, asimismo los integrantes de la Unidad Interna de Protección Civil deberán contar con la capacitación correspondiente de acuerdo a su tarea.

RIESGOS DE UBICACIÓN.

La Unidad de Hemodiálisis subrogada no deberá estar:

Ubicada a menos de 150 metros de una gasolinera.

Instalada a menos de 150 metros de una estación de gas.

Establecida a menos de 150 metros de Fábricas, bodegas de productos peligrosos (principalmente inflamables) y otras industrias riesgosas (químicos, termoeléctricas, etc.).



**INVMER-092-2026 FOCON-04**

Situada a menos de 100 metros de ductos de PEMEX (que conduzcan sustancias combustibles).
Ubicada a menos de 100 metros de ductos de GAS NATURAL.

Establecida a menos de 100 metros de torres de alta tensión o ductos de electricidad de alta tensión.

Ubicada contigua a pastizales, arboledas o bosques con potencial de incendio.

Cerca del mar, río o presa que al desbordarse afecte los servicios de la unidad de servicios subrogados (tanto en la función de la unidad como en su acceso).

Radicada en zona de alto riesgo de inundación.

Ubicada en inmediación de cerros o laderas que al deslavarse afecte la funcionalidad de la unidad de servicios subrogados (tanto en la función de la unidad como en su acceso).

Para verificar este punto deberá incluir un croquis de localización de la unidad para validación de los mismos.

2.1 NORMAS: OFICIAL MEXICANA, ESTÁNDAR (ANTES MEXICANA), INTERNACIONAL, DE REFERENCIA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA, QUE RESULTE APLICABLE A LOS SERVICIOS REQUERIDOS.

Ley general de salud y sus reglamentos y NOM-003-SSA3-2010 Norma Oficial Mexicana, para la práctica de la hemodiálisis.

Los participantes deberá presentar escrito libre donde señale que cumple con las disposiciones de las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

NORMATIVIDAD APLICABLE.

NORMAS OFICIALES	DESCRIPCIÓN
NOM 003- SSA3-2010	Para la práctica de Hemodiálisis.
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo
NOM 010-SSA2-2010	Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
NOM-004-SSA3-2012	Del expediente clínico

**INVMER-092-2026 FOCON-04**

- El responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser un médico especialista en Nefrología, con certificado de especialización, cédula profesional.
- El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses de enfermería, deberá contar con al menos una enfermera por cada 3 (tres) máquinas de hemodiálisis

Las instalaciones del proveedor deberán contar con las áreas descritas, en apego a la NOM-003-SSA3-2010 Norma Oficial Mexicana, para la práctica de la hemodiálisis:

- Contar con una central de enfermeras con visibilidad de todos los pacientes.
- Contar con área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infectocontagiosas como: el VIH-SIDA o Hepatitis, B o C.
- Contar con un área de por lo menos 3 m2 por cada estación de hemodiálisis.
- Toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones.
- En caso de optar por el uso de tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, deberá de contar con 1 por cada 5 máquinas instaladas.
- Contar con área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable.
- Contar con un almacén de ropa limpia o de ropa desechable, de guarda de consumibles, área de intendencia, área conservación y mantenimiento. En el caso de utilizar ropa desechable no será necesario que cuente con Almacén de Ropa Sucia.
- Cumplir con los criterios para la clasificación y especificaciones de manejo de los residuos Biológico-Infecciosos que se generen en los establecimientos, de conformidad con lo establecido en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- Contar con cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente de acuerdo a la capacidad instalada de atención para los días que dure la vigencia del contrato.
- Cada paciente deberá recibir tres sesiones semanales con duración de 3 a 4 hrs. por sesión, o como lo prescriba el médico tratante.
- Contar con el número de máquinas de hemodiálisis, de acuerdo a las necesidades de los Hospitales, asegurando al menos una máquina por cada 936 sesiones anuales, para la atención de cada uno de los pacientes, refiriendo el número de máquinas a ofertar. Apegándose al horario de servicio que será de las 7:00 a las 21:00 horas, de lunes a sábado; incluso días festivos.



INVMER-092-2026 FOCON-04

- Garantizar el equipo e insumos específicos para pacientes pediátricos en los lugares en donde se requiera la atención de este tipo de pacientes.
- Apegarse al cumplimiento de la Norma 5000-001-003 en cuanto al respaldo y envío de la información de los pacientes del Instituto, al Expediente Clínico Electrónico.

2.2 LICENCIAS Y AUTORIZACIONES.

- Copia de la certificación emitida por parte del Consejo de Salubridad General, o constancia de trámite, de encontrarse en el supuesto indicado en el Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 07 de diciembre de 2009.
- En caso de que el licitante manifieste que el certificado antes señalado, se encuentra en proceso de certificación, deberá presentar documento, que así lo refiera.
- Para las Unidades de Hemodiálisis que no cuenten con un año de antigüedad en la prestación del servicio, tendrán que presentar una carta en la que manifieste bajo protesta de decir verdad que al cumplir el año de antigüedad iniciarán el trámite de certificación debiendo entregar copia de la solicitud en un plazo que no exceda de 30 días naturales, a la Delegación o UMAE en la que se encuentre ubicada.
- Copia simple de Licencia Sanitaria y/o Aviso de Funcionamiento.
- Copia simple de Aviso de Responsable Sanitario
- Documentación que ampare la especialidad del médico responsable.
- Documentación que ampare la preparación técnica del personal de enfermería
- Carta descriptiva de las máquinas de hemodiálisis con las que otorgarán los servicios, que especifique las características de las mismas, con su antigüedad efectiva, marca y modelo.
- Croquis de localización del establecimiento.
- Para la práctica de la hemodiálisis deberá contar con la Ley general de salud y sus reglamentos y NOM-003-SSA3-2010 Norma Oficial Mexicana.

2.3 FOLLETOS, CATÁLOGOS, FOTOGRAFÍAS, MANUALES ENTRE OTROS, EN CASO DE QUE SE REQUIERAN PARA COMPROBAR LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS.

Mosaico Fotográfico de los establecimientos donde otorgarán los servicios, donde se pueda visualizar de manera general el espacio donde se encuentra ubicadas las máquinas de hemodiálisis.



INVMER-092-2026 FOCON-04

De manera trimestral, el personal institucional de las Unidades aplicará la Cédula de verificación de instalaciones de las unidades de Hemodiálisis Externa (Anexo 5).

3. PENAS CONVENCIONALES Y DEDUCTIVAS.

El instituto aplicará una pena convencional por cada día natural de atraso en el inicio en la prestación del servicio, equivalente al 1% (uno por ciento), sobre el valor total de lo incumplido sin considerar el Impuesto al Valor Agregado, en cada uno de los supuestos siguientes:

Concepto	Unidad de medida	Penalización	Responsable de reportar el incumplimiento	Administrador del contrato será el Responsable del cálculo, notificación de la pena
Reporte original laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 La unidad en funcionamiento, deberá contar con un resultado de análisis bacteriológico.	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010	1% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA	Director de la Unidad	Jefe de Servicios de prestaciones médicas
Reporte original por un laboratorio acreditado, de las pruebas realizadas para asegurar la calidad del "Agua de Diálisis" de acuerdo con las especificaciones de la NOM-003-SSA3-2010 y las recomendaciones de la AAMI. La calidad de agua deberá contar con resultado de análisis químico.	Por cada día natural de atraso en la entrega del reporte resultados químicos, de acuerdo con las especificaciones de la NOM 003-SSA3-2010	1% diario sobre el valor total de la factura mensual sin incluir el IVA	Director de la Unidad	Jefe de Servicios de prestaciones médicas
Dotación del mismo número de catéteres temporales o permanentes que fueron colocados a pacientes referidos a subrogación de nuevo ingreso del mes inmediato anterior, más 1 (uno) catéter temporal o permanente	Por cada día natural a partir de la fecha en que debió ser entregada la totalidad de dotación de catéteres.	1% diario, sobre el valor total de la factura mensual sin incluir IVA	Director de la Unidad	Jefe de Servicios de prestaciones médicas

Causas de rescisión administrativa del contrato:



INVMER-092-2026 FOCON-04

- A. El Instituto podrá rescindir administrativamente este contrato sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando “el proveedor” incurra en cualquiera de las causales siguientes:
- B. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
- C. Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
- D. Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el este instrumento jurídico y sus anexos.
- E. Cuando se compruebe que “el proveedor” ha prestado el servicio con características distintas a las pactadas en el presente instrumento jurídico.
- F. Cuando habiendo transcurrido 4 (cuatro) horas después de la hora programada para la realización del servicio el proveedor no se presente a realizar el mismo o no otorgue el servicio o estudio solicitado.
- G. Cuando el administrador del contrato reciba del área usuaria 4 reportes por incumplimiento parcial o deficiente por parte del proveedor y éste no corrija la ejecución de sus servicios.
- H. Las penas convencionales y deductivas al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.7. de las POBALINES.

4. GARANTÍAS

4.1 GARANTÍAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

- Póliza de seguro de responsabilidad civil, que deberá renovarse anualmente y estar vigente durante la aplicación del instrumento legal celebrado para el otorgamiento del servicio.

4.2 GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

“EL PROVEEDOR” se obliga a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma de este instrumento jurídico en términos del artículo 48 de la Ley de Adquisiciones,



INVMER-092-2026 FOCON-04

Arrendamientos y Sector Público, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por un monto equivalente al 10%(diez por ciento), del monto máximo del contrato sin considerar el impuesto al Valor Agregado (I.V.A), en Moneda Nacional.

"EL PROVEEDOR" queda obligado a entregar a "EL INSTITUTO" la póliza de fianza, apegándose al formato que se integra al presente instrumento jurídico, en la Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en **Boulevard Nuunita Nuú Yoo, No. 1227, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez**, Santa Cruz Xoxocotlán.

Dicha póliza de garantía de cumplimiento del Contrato se liberará de forma inmediata a "EL PROVEEDOR" una vez que "EL INSTITUTO", le otorgue autorización por escrito, para que éste pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará a "EL PROVEEDOR", siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente Contrato; para lo cual deberá presentar mediante escrito la solicitud de liberación de la fianza ante el administrador del contrato, mismo que llevará a cabo el procedimiento para la liberación y entrega.

La póliza de garantía de cumplimiento del contrato se liberará de forma inmediata a EL PROVEEDOR una vez que EL INSTITUTO le otorgue la autorización por escrito, para que este pueda solicitar a la afianzadora correspondiente la cancelación de la fianza, autorización que se entregará a EL PROVEEDOR siempre que demuestre haber cumplido con la totalidad de las obligaciones adquiridas por virtud del presente contrato, para lo cual deberá presentar mediante escrito de solicitud de liberación de la fianza ante el administrador del contrato correspondiente, mismo que llevara a cabo el procedimiento para la liberación y entrega.

5. FORMA DE PAGO.

- a. El pago se realizará conforme a los servicios prestados a los 20 (veinte) días naturales posteriores a la entrega por parte de "el proveedor", de los siguientes documentos:
- b. Representación impresa del comprobante fiscal por internet (CFDE) que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29 A del código fiscal de la federación en la que se indique:

Número de proveedor

Número de contrato

Número de ID pedido recepción

**INVMER-092-2026 FOCN-04**

La factura deberá contener firmas de autorización del director médico de la unidad, coordinador de medicina interna o subdirector médico, administrador y jefe de abasto de la unidad, además del Administrador del contrato.

Opinion de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS) positiva y vigente.

Misma que deberá ser entregada en el Departamento delegacional de presupuesto e, contabilidad y erogaciones sita en calzada Violetas No. 1007 colonia reforma CP 68050 Oaxaca de Juárez Oaxaca, en un horario de 8 a la 13 horas.

6. MECANISMOS DE COMPROBACIÓN SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE ENTREGADOS O PRESTADOS

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.

Formato de subrogación (4-302/3) "Solicitud de Subrogación de servicio" (Anexo 6), debidamente requisitada con la vigencia de derechos del paciente, y anexando relación de las sesiones realizadas que contendrá fecha nombre y firma del paciente o familiar responsable.

Mismos que deberán de resguardarse en la Unidad, y deberán de resguardar 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.

7. DOCUMENTOS TECNICOS, ECONOMICOS Y LEGALES QUE DEBERÁN PRESENTAR QUIENES DESEEN PARTICIPAR EN PRESENTE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO.

- 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



**INVMER-092-2026 FOCON-04**

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.**
- K. 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.
- L. **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.**
- M. **Escrito mediante el cual el licitante autorice a los servidores públicos del Instituto puedan consultar su opinión de cumplimiento del SAT, IMSS e INFONAVIT.**

**INVMER-092-2026 FOCON-04**

N. 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.

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:

1. Registro Federal de Contribuyentes. (RFC).
2. Comprobante de domicilio.
3. Credencial de elector de representante legal.
4. 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.

ANEXO 2 (DOS)**Cuestionario**

**INVMER-092-2026 FOCON-04****Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-092-2026****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 mayor información.

Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, NO se aceptaran 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 considerara 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	



INVMER-092-2026 FOCN-04

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor.

¿Su empresa se dedica a la prestación de los servicios convocados?	
¿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 a 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 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 del 2026?		
3 ¿Cuenta con capacidad de respuesta inmediata para el suministro del servicio que en la presente se especifican?		



INVMER-092-2026 FOCON-04

4 ¿Cuenta con los recursos técnicos para cumplir con la calidad 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 el suministro 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, de seguridad social e infonavit?		
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.		

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al artículo 35 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

**ANEXO 3 (TRES)
COTIZACION**

NÚM DE PROCEDIMIENTO: _____

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

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ DOMICILIO: _____

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



INVMER-092-2026 FOCON-04

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ()

PEQUEÑA ()

MEDIANA ()

No.	Num	Pacientes	Localidad	Sesiones Minimo	Sesiones Maximo	P.U.	IMPORTE MINIMO	IMPORTE MAXIMO
3	Hospital General de Zona No. 3 Tuxtepec	143	Tuxtepec	1,680	4,200			
						Subtotal		
						IVA		
						Total		

EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. **ANEXAR SU PROPUESTA TAMBIEN EN FORMATO EXCEL.**

(Lugar y fecha)

Protesto lo necesario
(Nombre y firma del Representante Legal)

ANEXO 4

DOMICILIOS DE LAS UNIDADES

Unidad	Localidad	Domicilio	Director Médico
--------	-----------	-----------	-----------------



**INVMER-092-2026 FOCON-04**

HGZ 3	Tuxtepec	Boulevard Benito Juárez No. 141, Colonia El Castillo San Juan Bautista Tuxtepec C.P. 68340	Dr. Diana Griselda Rodriguez Alvarez Encargada.
-------	----------	---	--

ANEXO 5**Cédula de verificación de instalaciones de las unidades de Hemodiálisis Externa**

Instrucciones: Marque con una "X" el criterio que corresponda.

Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

Proveedor	Nombre Unidad de Hemodiálisis	Fecha de la visita:
-----------	-------------------------------	---------------------



INVMER-092-2026 FOCON-04

	Extramuros:	
Localidad (DELEGACIÓN) / UMAE	Unidades Médicas IMSS:	
Domicilio:		
Certificación del Consejo de Salubridad General SI () NO () Trámite ()		
Vigencia de la Certificación:		
Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:		
Cédula Profesional del Médico Nefrólogo:		
No. de equipos de hemodiálisis:		
Marcas(s):		Modelo(s):
Número total de pacientes IMSS atendidos:		
En la Unidad de hemodiálisis se realiza reuso de filtros Si NO		

No.	Criterio a verificar	Si cumple	No cumple	Instrucciones para el supervisor	Observaciones
1	Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo.			Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo.	
2	Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del número de sesiones semanales son realizadas a cada paciente, son de acuerdo a las prescritas por el médico IMSS.	
3	Duración de las sesiones de hemodiálisis.			Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas a cada paciente, son de acuerdo a las prescritas por el médico IMSS.	
4	Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua			Validar que el resultado de la prueba química de la calidad del agua sea de acuerdo a lo solicitado en el Apéndice Normativo "A" de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis	
5	Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis.			Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua sea de acuerdo a lo solicitado en el Apéndice Normativo "A" de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la	



INVMER-092-2026 FOCON-04

				hemodiálisis	
6	Sanitización del sistema de agua tratada.			Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó.	
7	Copia de certificado de especialización , cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad			Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo.	
8	Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.			Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería.	
9	Existe por lo menos un médico por turno.			Verificar documento de rol de médicos.	
10	Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería.			Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses.	
11	Registro de tratamientos suspendidos y sus causas.			Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas.	
12	Registro de pacientes según tipo de serología positiva			Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva	
13	Registro de pacientes con seroconversión			Validar registro de pacientes con seroconversión	
En el caso de que la Unidad de Hemodiálisis Extramuros realice el reprocesamiento de los filtros, deberá apegarse a los criterios para el reprocesamiento de los filtros de diálisis conforme a la NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis en el Apéndice B. El reprocesamiento deberá ser automatizado.					
B1	Debe existir la carta de consentimiento informado del paciente para ser incluido en el plan de reprocesamiento y deberá ser informado de las condiciones de los filtros de diálisis.				
B2	El etiquetado del filtro de diálisis deberá contar con el nombre del paciente, fecha de primer uso y el número de reprocesamientos, lo cual junto con la fecha del último reprocesamiento y el nombre de quien lo realizó, quedará registrado en la bitácora de la unidad.				



INVMER-092-2026 FOCON-04

B3	Una vez lavado y esterilizado, el filtro de diálisis será almacenado en un lugar fresco y resguardado de la luz para evitar la proliferación de microorganismos			El personal designado por la Delegación o UMAE en el caso de que se reutilicen los filtros deberá verificar que se cumpla lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis en el Apéndice B.	
B4	Previo al comienzo de la diálisis, enjuagar el filtro de diálisis cerciorándose por medio de procedimientos específicos de la ausencia de residuos del material esterilizante de acuerdo a cada tipo de agente utilizado, que en su caso, deberá ser reprocesado				
B5	Los filtros de diálisis de fibra hueca podrán ser reutilizados un máximo de 12 veces, mientras mantengan un volumen residual no inferior al 80% del medido inicialmente y se compruebe la integridad del mismo, a través de la ausencia de fuga aérea o hemática				
B6	Sin reúso en el caso de pacientes seropositivos al virus de la hepatitis B o de la inmunodeficiencia humana.				
B7	El nefrólogo a cargo de la unidad de hemodiálisis es el responsable de la elección de la metodología a seguir y de sus consecuencias				
	Queda prohibido el reprocesamiento de agujas y líneas arteriovenosas.				
POR EL INSTITUTO				POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EXTRAMUROS	
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA	
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS / DIRECTOR DE UMAE				DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	
VERIFICADOR POR EL INSTITUTO				PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA	

Anexo 6

Solicitud de subrogación de servicios 4-30-2/03



INVMER-092-2026 FOCON-04



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS

FOLIO 2

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

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





INVMER-092-2026 FOCON-04

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 propios 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 7 (ACREDITACIÓN DEL PARTICIPANTE)



**INVMER-092-2026 FOCON-04**

_____(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 el presente procedimiento, a nombre y representación de:
(persona física o moral)

FOCON-04 I N V M E R – 092 – 2 0 2 6

Registro Federal de Contribuyentes:		Núm. de Reg. patronal:	
No. De Proveedor IMSS:		Estratificación (MIPYMES):	
Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)			
Calle y número:			
Colonia:		Delegación o Municipio:	
Código Postal:		Entidad federativa:	
Teléfonos:		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.-			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre(s):
Descripción del objeto social:			
Reformas al acta constitutiva:			
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:			
Nombre del apoderado o representante:			
Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-			
Escritura pública número:		Fecha:	
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:			
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:			

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 8

**INVMER-092-2026 FOCN-04****FORMATO PARA SEÑALAR DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO.**

MEMBRETE O LOGOTIPO DEL PROVEEDOR

Lugar y fecha _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA OAXACA.

PRESENTE:

Con relación al procedimiento de Licitación Pública Nacional XXX-2026 inherente a la **prestación del SERVICIO DE HEMODIÁLISIS EXTERNA PARA PACIENTES DEL OOAD OAXACA, POR EL PERIODO DEL 05 DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 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: _____.

Correo electrónico: _____.

Asimismo, relaciono al personal encargado de la recepción y confirmación de los requerimientos:

_____, _____.

Nombre y firma del representante legal.

ANEXO 9

**INVMER-092-2026 FOCN-04**

MEMBRETE DE LA EMPRESA

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN.

Fecha: _____.

Licitación Pública Nacional-XXX-2026.**Prestación del servicio de hemodiálisis subrogada para pacientes del HGZ 3 Tuxtepec, del 05 de Junio al 31 de Julio de 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 contratado, en tiempo y forma conforme a las condiciones establecidas, 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 directivo 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, 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.

Atentamente**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**



INVMER-092-2026 FOCON-04

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)





INVMER-092-2026 FOCN-04

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



INVMER-092-2026 FOCON-04

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-092-2026**, 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.

A T E N T A M E N T E

(Nombre, Firma y Cargo)