Oaxaca de Juárez, Oax., a 29 de julio del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0696/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN

FOCON-04
INVMER-128-2026

C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE PARA PACIENTES DEL OOAD OAXACA, POR EL PERIODO AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 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 servicios 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 con dicha información esta área contratante determinará el procedimiento de contratación y la estrategia correspondiente.

Al respecto se hace una atenta invitación a ofertar los servicios, 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 julia.bautista@imss.gob.mx, adscrita a la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios; 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 Nuu 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 **03 de agosto del 2026, hasta las 10:00 horas.**

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

A T E N T A M E N T E

LAE. Sandra Isela Barzalobre Aragón
Titular de la Coordinación de
Abastecimiento y Equipamiento.

Vo. Bo

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

Revisó

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

Elaboró

LD. JULIA BAUTISTA ORTEGA
ADSCRITA A LA OFICINA DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

ANEXO 1 REQUERIMIENTO

No.	Grupo	Clave Proced	Procedimiento	Estudios mínimos	Estudios máximos
1	Sangre Total Segura	50.01.01	Sangre Total Segura	615	1,500
2	Aféresis	50.02.01	Aféresis eritrocitaria	37	90
3	Aféresis	50.02.02	Aféresis plaquetaria	2	4
4	Amplificación de Ácidos Nucleicos	50.07.01	Amplificación de ácidos nucleicos para virus de la inmunodeficiencia humana	1,202	1,500
5	Amplificación de Ácidos Nucleicos	50.07.02	Amplificación de ácidos nucleicos para virus B de la hepatitis	1,202	1,500
6	Amplificación de Ácidos Nucleicos	50.07.03	Amplificación de ácidos nucleicos para virus C de la hepatitis	1,202	1,500

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

- **1.- Los datos de los servicios a cotizar se describen en el Anexo 1 (Uno) y considerar lo establecido en los numerales 2, 3, 4 y 5.**

- **2.- Condiciones de prestación de los servicios:**

El proveedor se obliga a prestar el Servicio Médico Integral de Banco de Sangre, el cual integra los siguientes conceptos: Bancos de Sangre Tipo A, Banco de Sangre Tipo B, para el Proceso de Obtención de Sangre Total segura Tipo A y B, Componentes de aféresis Tipo A y B, Células Progenitoras Hematopoyéticas de sangre periférica y de cordón umbilical, Pruebas para pacientes, oportuna y eficiente, dentro de sus instalaciones y las Pruebas de Laboratorio Pre-Transfusionales en los Bancos de Sangre A, B y Centros de Recolección o Puestos de Sangrado y Servicios de Transfusión, en la modalidad de partida única; el cual incluye equipamiento, instalación, adecuación ambiental y puesta en operación de los equipos, equipo de cómputo, sistemas de información y programas de cómputo asociados para la obtención de sangre segura y la transmisión de la información relacionada al expediente clínico electrónico.

Los equipos para la realización del Servicio Integral, se instalarán al día siguiente de la notificación del oficio de asignación, por el proveedor directamente en las Unidades Médicas citadas, que cuenten con Banco de Sangre, de acuerdo con la siguiente:

“TABLA DE EQUIPAMIENTO”

Unidad	No.	Tipos de servicio de sangre	Equipo Manual para inmunohematologia	Equipo Automatizado para Inmunohematología	Equipo para determinar Ácidos Nucleicos con capacidad de proceso de 100 resultados en 8 horas	Centrífuga de Cabezal intercambiable para NAT
HGZ-UMAA 1 Oaxaca	001	Banco de Sangre		1	1	1
HGZMF 2 Salina Cruz	002	Centro de Colecta y Servicios de Transfusión Sanguínea	1			
HGZ 3 Tuxtepec	003	Centro de Colecta y Servicios de Transfusión Sanguínea	1			
HGSMF 41 Huatulco	041	Centro de Colecta y Servicios de Transfusión Sanguínea	1			

Los equipos por instalar para la prestación del servicio en los Bancos de Sangre, Centro de Colecta y Servicios de Transfusión deberán ser compatibles entre sí y garantizar la trazabilidad de los procesos para la disposición de sangre y sus componentes entre las unidades médicas de una misma partida.

Los equipos deberán ser de tecnología de punta, para lo cual se requiere de equipos en óptimas condiciones (equipos ya utilizados) o nuevos, con fecha de fabricación para ambos casos no mayor a 6 (seis) años, y ensamblados de manera integral en el país de origen, los cuales deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México; NO SE ACEPTARÁN propuestas de equipos reconstruidos, ni de bienes correspondientes a saldos, y deberán cumplir las especificaciones establecidas en el Anexo 3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento”.

Es importante señalar que NO SE ACEPTARÁN propuestas de equipos médicos correspondientes a saldos o remanentes o que ostenten las leyendas “Only Export” ni “Only Investigation”, equipos reconstruidos, descontinuados o cuyo uso no se autorice en el país de origen, o que cuenten con alertas médicas o de concentraciones por parte de las Autoridades Sanitarias Mexicanas o de cualquier país, que instruyan su retiro del mercado.

• **Recepción de equipo de banco de sangre y complementario**. La recepción de los equipos para su instalación será responsabilidad del Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión, quienes deberán constatar que los equipos entregados sean los ofertados por el participante en su propuesta técnica para esa partida, verificando la fecha de fabricación de los equipos y la documentación que acompaña a dicho equipo, para proceder a la formalización de la recepción, debiendo requisitar, por cada equipo recibido el correspondiente en la “Cédula de Recepción de Equipos” “Cédula de Puesta a Punto”, con lo que autoriza se proceda a su instalación, mismos que se integran en el Anexo 2 del presente requerimiento,

La entrega de los reactivos y demás bienes de acuerdo al Anexo número 2 (dos), se efectuará directamente en los Bancos de Sangre y los Servicios de Transfusión.

• **Instalación**. La instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio objeto del presente, será estricta responsabilidad del participante adjudicado a cada Partida, cuya supervisión estará a cargo de la Persona designada como enlace por el participante adjudicado a cada Partida y del Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión, verificando las condiciones de instalación y operación del equipo", verificando la realización de los estudios y procedimientos conforme a la Normatividad vigente y a lo solicitado en el presente Anexo Técnico.

El Participante Adjudicado a cada Partida deberá elaborar para cada equipo, el Anexo 2 "Cédula puesta a punto" debidamente requisitada en cada uno de sus incisos, adjuntando evidencia fotográfica y formalizarla en conjunto con el Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión, dentro de los 10 (diez) días naturales contados a partir del siguiente día de iniciado el servicio, mismo que deberá entregar en original al Jefe o Encargado del Banco de Sangre, el participante Adjudicado a cada partida deberá entregar los manuales de operación completos y en idioma español, o en su caso la traducción respectiva al español, de manera impresa y digital al Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión.

Los equipos de banco de sangre, complementarios y de cómputo instalados deberán cumplir con los niveles de servicio para el proceso de los procedimientos de los bancos de sangre, centros de colecta o servicios de transfusión en equipos automatizados, semiautomatizados o manuales, conforme a lo especificado en la "TABLA DE EQUIPAMIENTO", considerando que se deberá entregar por cada equipo, reguladores de energía (UPS) que soporte mínimo 30 minutos para asegurar la continuidad del procesamiento de procedimientos/estudios y que deberán estar de acuerdo a las características de cada equipo.

En caso de que el equipo no se encuentre en plena capacidad de funcionamiento, se levantará el Acta Informativa para dejar constancia de los motivos y razones de la no aceptación del equipo, firmando la misma por el Jefe o Encargado del Banco de Sangre, y el Ing. Biomédico, considerándose como notificado el participante adjudicado de la partida correspondiente a partir de ese momento, a través de la persona que haya designado y ante quien se realice la verificación en comento. La falta de firma por parte del personal de enlace del participante no invalida el contenido del Acta Informativa. Por lo anterior el participante Adjudicado deberá proceder a la sustitución inmediata de los equipos con las mismas características y realizar de nueva cuenta las pruebas de verificación una vez instalado. Lo cual deberá realizarse dentro del plazo de los 10 (diez) días naturales establecidos para el inicio de la prestación del servicio.

1. BIENES DE CONSUMO.

El participante adjudicado a cada partida deberá entregar los bienes de consumo para la realización de los procedimientos/estudios del SMI de Banco de Sangre, establecidos en el Catálogo de procedimientos/estudios, el Anexo 1 (uno) "Requerimiento del SMI de BS", las cuales podrán ajustarse de acuerdo con las necesidades de cada unidad médica, durante la vigencia de la prestación del servicio en términos de lo establecido en los manuales de los equipos que oferte, siendo el responsable de su recepción periódica el Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión mediante el Anexo 5 (Cinco) "Cédula de Control de Bienes de Consumo". Los horarios de recepción de los bienes de consumo serán de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas, en días hábiles para el Instituto.

Debiendo considerar como Bienes de Consumo los siguientes:

- Reactivos.
- Controles.
- Calibradores.
- Consumibles.

Todos los Bienes de Consumo, que el participante adjudicado considere en su propuesta para cada partida, deberán ser originales y presentarse listos para ser utilizados, los cuales deberán ser compatibles con los equipos que oferten para la prestación del servicio y corresponderán a los niveles necesarios para obtener resultados precisos, de acuerdo a lo manifestado por el fabricante del producto, deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México.

Para los bienes de consumo, los participantes adjudicados, deberán considerar una vigencia de al menos 2 (dos) meses de caducidad, a excepción de aquellos que tengan como componente células sanguíneas (controles) para los cuales la vigencia deberá ser de al menos 28 (veintiocho) días.

En el caso que los participantes propongan bienes de consumo que requieran temperaturas de conservación en rangos de temperatura de refrigeración o congelación deberán considerar y proporcionar el equipo refrigerador/congelador necesario para este fin, de tamaño y capacidad de acuerdo con las cantidades de insumos que se entreguen en cada Unidad Médica y a la disponibilidad de espacio.

Los bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser descontinuados o no se autorice su uso en el país de origen, porque hayan sido motivo de alertas que instruyan su retiro del mercado o de concentraciones por parte de las autoridades sanitarias.

Entrega Inicial. La primera dotación de bienes de consumo corresponderá en cantidad para la realización de la cantidad máxima de procedimientos/estudios que se realizan en 45 (cuarenta y cinco) días, y que deberá entregarse como mínimo antes de 5 (cinco) días hábiles previos a la puesta en operación de los equipos y al inicio de la prestación del servicio, en el Hospital General de Zona No. 1 Oaxaca, ubicado en Calzada Héroes de Chapultepec, número 621, colonia Centro, Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

Entregas Subsecuentes. Se deberán realizar conforme a las necesidades de cada unidad médica considerando su consumo promedio mensual histórico y el reabastecimiento del stock inicial para 45 días; los participantes en su propuesta para la prestación del servicio deben considerar mínimo 4 (cuatro) entregas de bienes de consumo durante la vigencia de la prestación del servicio a realizarse los primeros 7 (siete) días hábiles de cada mes y tomando en consideración que el presente periodo de contratación es agosto a septiembre de 2026.

Bienes de Consumo para Pruebas de Control de Calidad Interno y Externo. Para las pruebas de Control de Calidad Interno y Externo, los participantes adjudicados a cada Partida deberán considerar lo siguiente:

• Para el Control de Calidad Interno, deberá entregar los insumos necesarios, considerando cuando menos una corrida diaria o de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo/reactivo y a la productividad de cada Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión.

• Para el Control de Calidad Externo, deberá entregar los viales del panel en las condiciones de temperatura, traslado y tiempos indicadas por el fabricante, para cada grupo de estudios, con la periodicidad que establezca el programa al que se inscriba.

• Considerar todo lo señalado como CONTROL DE CALIDAD:

El participante Adjudicado de acuerdo con las partidas señaladas en el Anexo 1 (uno) deberán inscribir a los Bancos de Sangre, a un programa de Control de Calidad Externo (debiendo entregar la constancia de inscripción al Jefe o Encargado del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión, a más tardar el día 30 (treinta) natural contado a partir de la emisión y notificación de la adjudicación.

Los insumos señalados anteriormente para el Control de Calidad Interno y Externo, no se considerarán como parte de la dotación de inicio ni subsecuente para los procedimientos/estudios requeridos y no tendrán costo adicional para el Instituto.

Visita de monitoreo. Los participantes Adjudicados a cada Partida deberán realizar visitas de monitoreo durante la vigencia de la prestación del servicio, con una frecuencia mínima cada 7 (siete) días naturales, de lunes a viernes en un horario entre las 09:00 horas y las 14:00 horas en el Hospital General de Zona No. 1 Oaxaca, en los cuales otorgará el apoyo logístico del servicio cuando así se requiera y cotejará la productividad registrada verificando además la existencia de los bienes de consumo, a fin de asegurar la prestación del servicio sin interrupciones por falta de insumos.

Entregas urgentes: Los participantes adjudicados deberán realizar, conforme a las necesidades de cada Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión de las Unidades Médicas en la(s) partida(s) adjudicada(s), la entrega de los bienes de consumo de aquellos que se hayan agotado antes de la siguiente fecha de dotación consideradas en las entregas subsecuentes, a solicitud del Jefe o Encargado del Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al de la hora de la solicitud realizada; en caso de no contar con los bienes de consumo necesarios para realizar los procedimientos/estudios en sitio, el participante Adjudicado a la Partida deberá realizar el traslado, procesamiento de las unidades de sangre/muestras y entrega de componentes sanguíneos/resultados.

Lugar y Horario de Entrega. Las entregas deberán realizarse en el Banco de Sangre, del Hospital General de Zona No. 1 Oaxaca, ubicado en Calzada Héroes de Chapultepec 621 Colonia Centro, Oaxaca de Juárez Oaxaca. Los horarios de recepción de los bienes de consumo serán de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas, en días hábiles para el Instituto.

Bienes de consumo desperdiciados. El participante adjudicado a cada partida deberá reponer los bienes de consumo desperdiciados derivado de alguna falla en el proceso o en los equipos, en un lapso no mayor a 24 (veinticuatro) horas contadas a partir de la notificación por parte del Jefe o Encargado de Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión.

Devolución y Reposición de Bienes de Consumo. El Instituto solicitará al participante asignado a cada partida, la reposición de los bienes de consumo que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato, identificadas posterior a la entrega, o de calidad inferior a la propuesta o con vicios ocultos, o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien puede afectar la calidad del servicio, y a su vez se notificará al participante adjudicado por escrito y correo electrónico a la persona designada por este, a través del Administrador del Contrato, el cual contará a partir del día hábil siguiente a la notificación, con un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, para realizar la reposición de los bienes de consumo, sin que las sustituciones impliquen su modificación y a entera satisfacción del Instituto, en caso contrario el participante adjudicado a la partida deberá realizar el traslado, procesamiento de los estudios y entrega de resultados.

Suspensión/Inhabilitación. En caso de que las Autoridades Sanitarias (COFEPRIS o Secretaría de Salud) suspendan o inhabiliten el registro sanitario de alguno de los bienes de consumo ofertados por algún participante adjudicado, el Instituto procederá a la devolución o canje en términos de los establecido en el punto anterior, lo cual aplicará para los Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión en donde se hayan entregado dichos bienes de consumo para la realización de los procedimientos o estudios motivo de este servicio.

En caso de que el participante adjudicado no pueda reponer los bienes de consumo compatibles con los equipos instalados de acuerdo a su oferta, deberá sustituir el equipo, equipo complementario y/o accesorios por alguno de los ofertados y aceptados en el proceso licitatorio, así como los bienes

de consumo compatibles con estos, en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales contados a partir de su notificación, de la misma manera, deberá realizar el traslado, procesamiento de los estudios y entrega de resultados, que permita continuar con el otorgamiento del servicio y el funcionamiento de los Bancos de Sangre, Centros de Colecta y Servicios de Transfusión.

En caso de que alguno de los equipos o bienes de consumo ofertados y aceptados durante el procedimiento de contratación, pierda la vigencia del Registro Sanitario correspondiente durante la vigencia de la prestación del servicio y el participante adjudicado a cada partida deberá sustituir el equipo, equipo complementario y/o accesorios por otro de los ofertados y aceptados en el proceso de contratación o informar al Administrador del Contrato para que realice el trámite de Mejora Tecnológica, así como los bienes de consumo compatibles con estos, en un plazo no mayor a 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de su notificación.

Daños y/o perjuicios. El participante adjudicado a cada partida se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o terceros.

La transportación de los Bienes de Consumo, las maniobras de carga y descarga en el lugar que se determine por el Jefe o Encargado de Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión, correrá a cargo y cuenta del participante Adjudicado a cada partida y sin costo adicional para el Instituto.

El desempeño de los bienes de consumo a suministrar, con los equipos a instalar para la prestación del servicio, deberán ser compatibles entre sí y corresponderán a los niveles necesarios para obtener resultados precisos y exactos, de acuerdo con lo manifestado por el fabricante del producto.
L
os bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas “Only Export” ni “Only Investigation”, descontinuados o no se autorice su uso en el país de origen, porque hayan sido motivo de alertas que instruyan su retiro del mercado o de concentraciones por parte de las autoridades sanitarias y deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México.

En caso de no estar en condiciones de operar alguno de los Bancos de Sangre, Centros de Colecta o Servicios de Transfusión, por la falta de bienes de consumo, imputable al Participante Adjudicado a cada partida, este prestará el servicio a través de los Bancos de Sangre Concentradores o de otro Banco de Sangre, Centro de Colecta o Servicio de Transfusión del Instituto por un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, de común acuerdo con ambos Jefes o Encargados de los servicios involucrados, sin costo adicional para el Instituto.

1) El plazo de ejecución será, conforme al artículo 49 de la LAASSP, al día siguiente del fallo al 30 de Septiembre de 2026.
2) Se anexa domicilio de las unidades donde se realizará cada uno de los servicios. **Anexo No. 4 (cuatro) “Relación de los lugares donde se realizará cada uno de los servicios”**.

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.

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

EL INSTITUTO a través de los directivos de la unidad, podrán en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del servicio al participante que resulte adjudicado.

- **3.- Pago:**

El pago se realizará en moneda nacional, en pagos progresivos conforme a los procedimientos efectuados 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.

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

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

Garantía de los servicios

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 la unidad móvil y en base al calendario de programación y una vez transcurrido 24 horas como plazo máximo para el inicio de 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 servicios, 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".

La pena convencional por atraso, se calculará 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 con 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:

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 requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

"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".

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 iniciado la prestación del servicio

Cuando se compruebe que "EL PROVEEDOR" haya prestado el servicio con alcances o características distintas a las pactadas en el requerimiento.

Garantías de cumplimiento, así como la calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según sea el caso:

- **Plazo para notificar al proveedor.**

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.

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

Cuando exista un servicio mal ejecutado, "EL INSTITUTO" notificará a "EL PROVEEDOR" vía 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 de los directivos de la unidad.

Todos los gastos que se generen por realizar el servicio a través de un tercero correrán por cuenta del proveedor, previa notificación de "EL INSTITUTO".

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

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

Los mantenimientos correctivos y /o preventivos de los equipos que otorgue el proveedor son estricta responsabilidad del mismo.

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

I.- El participante presentará escrito en el que manifieste cumplir con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-166-SSA1-1997 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos y NOM-197–SSA-2000 para la infraestructura y organización de los laboratorios clínicos.

II.- Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que debe cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

A) Copia simple del Certificado de Calidad ISO-9001:2015 en servicios integrales, a nombre del participante, vigente.

B) Certificados de calidad. Copia simple del Certificado de Calidad ISO-13485:2016 a nombre del fabricante de cada bien que oferte (equipo, instrumental y bienes de consumo básicos y complementarios) o copia simple del Certificado FDA vigente o el CCEE o Certificado de Calidad de Buenas Prácticas de Manufactura de COFEPRIS o Ministerio de Salud de Japón, vigente en el idioma del país de origen acompañado de su traducción simple al español.

III.- 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 necesarias para corroborar las especificaciones, características del(os) equipo(s) con los cuales se realizara el procedimiento de esta referencia documental corresponderá al servicio objeto de la presente contratación.

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

1.- Remitir los anexos A, B, C, D, E, F, G, H, I, J (en caso de aplicar) y K, de la presente investigación de mercado. Opinión positiva y vigente del SAT, IMSS e Infonavit.

2. 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.

3. Acta Constitutiva actualizada en caso de que el participante sea persona Moral; y acta de Nacimiento, CURP y Alta ante el SAT, si es Persona 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

La falta de cualquiera de los documentos enlistados en los numerales 6 y 7 o que no cumpla con lo solicitado será motivo para desestimar su cotización.

Mecanismo de evaluación de proposiciones:

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

ANEXO 2 (DOS)

Anexo 2 “Cédula de Recepción de equipos”

PARTIDA: _____
REGIÓN: _____
OOAD/UMAE: _____
UNIDAD MÉDICA: _____
PROVEEDOR: _____
NO. DE CONTRATO: _____
FECHA DE FALLO: _____
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: _____ _____

NOMBRE DEL EQUIPO (DE ACUERDO CON EL ANEXO T3) _____

1.- REMISIÓN DE ENTREGA No._____
2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL (LOS) EQUIPO(S) A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, JEFE DE FINANZAS Y DEL JEFE DE CONSERVACIÓN DÍA_____ MES_____ AÑO_____ __
3.- MARCA[1]: _____
4.- MODELO[1]: _____
5.- PAQUETE DE ESTUDIOS O PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL EQUIPO: _____:

[1] LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LA CONVOCATORIA, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL PARTICIPANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

6.- NÚMERO(S) DE SERIE: _____
7.- CLAVE DE CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL "EN CASO DE CONTAR CON UNA":_____
8.- FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO _____
9.-TELÉFONO PARA SOLICITAR SOPORTE TÉCNICO _____-

OBSERVACIÓN:

EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

Anexo 2 "Cédula de Puesta a punto"

PARTIDA: _____
REGIÓN: _____ PAQUETE _____
OOAD/UMAE: _____

La instalación del equipo obedece a alguno de los supuestos de "Mejora Tecnológica":
Sí _____ No____

UNIDAD MÉDICA: _____
PROVEEDOR: _____
NO. DE CONTRATO: _____
FECHA DE FALLO: _____
FECHA LÍMITE DE PUESTA A PUNTO: _____
(EL DÍA 90 NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL FALLO)
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: _____ _____

A. ENTREGA DE ÁREA FÍSICA

1.-FECHA EN QUE EL PARTICIPANTE ADJUDICADO RECIBE POR PARTE DEL INSTITUTO EL ÁREA FÍSICA ASIGNADA DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ASIGNADA:
TOMA DE AGUA SI ( ) NO ( ) TOMA ELÉCTRICA SI ( ) NO ( )

3.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO ASIGNADO PARA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS BIENES DE CONSUMO
SI ( ) NO ( )

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

B. ADECUACIÓN DE ÁREA FÍSICA

1.- ¿CUMPLIÓ CON LAS ADECUACIONES AL ÁREA FÍSICA PARA LA PUESTA A PUNTO? SI ( ) NO ( ) NO REQUIERE ( )
*EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ DE PRESENTAR DOCUMENTO SOPORTE (ACTA ADMINISTRATIVA) DE ENTREGA DE LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA

2.- EN CASO AFIRMATIVO ¿EN QUE FECHA CONCLUYÓ LA ADECUACIÓN? _DÍA/MES/AÑO___

3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

C. ENTREGA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, PERIFÉRICOS Y ACCESORIOS

1.- REMISIÓN DE ENTREGA No._____

2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL EQUIPO, A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO DÍA_____ MES_____ AÑO_____

3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

4.- MARCA[1]: _____

5.- MODELO[1]: _____

Año de Fabricación _____

6.- **PAQUETE DE ESTUDIOS O PROCEDIMIENTOS QUE REALIZA EL EQUIPO: _____:**

[1] LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LAS BASES, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL PARTICIPANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

7.- NÚMERO DE SERIE: _____

8.- CLAVE DE COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS "EN CASO DE CONTAR CON UNA":_____

I. DE LA RECEPCIÓN DE EQUIPO

	SI	**NO**
¿SE RECIBIÓ EMPACADO?		
¿SE INSTALÓ POR PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO?		
¿INCLUYE ACCESORIOS Y/O PERIFÉRICOS?		
¿SE CALIBRÓ EL EQUIPO?		
¿SE RECIBEN MANUALES DE OPERACIÓN EN IDIOMA ESPAÑOL?		
¿EL EQUIPO TRANSMITE DATOS AL SISTEMA INFORMÁTICO?		

NOTA: EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO, O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES, SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

D. BIENES DE CONSUMO

	SI	NO
¿SE RECIBEN NUEVOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES?		
¿EXISTE COMPATIBILIDAD DE BIENES DE CONSUMO POR MARCA Y MODELO DE EQUIPO ENTREGADO?		
¿LA PRIMERA DOTACIÓN CORRESPONDE PARA 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS?		
¿CORRESPONDE LA VIGENCIA DE LOS REACTIVOS PARA SU CONSUMO AL MENOS DE 2 MESES DE SU CADUCIDAD?		
SE ENTREGARON ANTES DEL INICIO DE LA OPERACIÓN		

1.- FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS REACTIVOS Y BIENES DE CONSUMO A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO,
DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

E. CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO

	SI	NO
¿SE RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO? ANEXO T7.1 "REGISTRO DEL PERSONAL QUE ASISTE A LA CAPACITACIÓN		

***** EL PROVEEDOR ADJUDICADO OTORGARÁ LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE SEA DESIGNADO POR EL INSTITUTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS, DENTRO DE LA JORNADA LABORAL DEL TRABAJADOR, POR LO QUE SE REQUIERE UN **ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN"** POR CADA CAPACITACIÓN.

1.- FECHA DE LA ÚLTIMA CAPACITACIÓN OTORGADA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO POR CAUSAS IMPUTABLES AL PROVEEDOR ADJUDICADO, SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

F. SISTEMA DE INFORMACIÓN

	SI	NO
¿SE INSTALÓ CORRECTAMENTE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN?		
¿ENVÍA CORRECTAMENTE LOS MENSAJES VÍA HL7?		

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA Coordinador Delegacional de Informática/Ing. Biomédico en UMAE	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

G. ASISTENCIA TÉCNICA

	SI	NO
¿SE CUENTA CON SOPORTE EN LÍNEA QUE FUNCIONE LAS 24 HORAS DEL DÍA, PARA LOS REPORTES DE FALLAS EN LOS EQUIPOS O EL SISTEMA DE INFORMACIÓN?		

H. PUESTA A PUNTO

	SI	NO
UNA VEZ VERIFICADO Y VALIDADO POR EL JEFE DEL SERVICIO ¿EL EQUIPO SE ENCUENTRA EN PUESTO A PUNTO?		

FECHA DE PUESTA A PUNTO DÍA/MES/AÑO	FECHA LIMITE PUESTA A PUNTO **(90 (noventa) días NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE FALLO)**	DÍAS DE INCUMPLIMIENTO **(EN CASO DE QUE LA PUESTA A PUNTO SE ENCUENTRE FUERA DE LA FECHA LÍMITE PARA PUESTA A PUNTO)**

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

I. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

(Adjuntar fotografías del equipo instalado y su entorno)

COMENTARIOS/OBSERVACIONES:_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

NOTA: ES OBLIGATORIO FORMALIZAR EL PRESENTE ANEXO Y EL JEFE O ENCARGADO DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN Y EN COPIA DIGITAL A LA CPSMA/CTSMI AL CORREO ELECTRÓNICO CTSI.BS@IMSS.GOB.MX, DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE HABER INICIADO EL SERVICIO.

ANEXO 3 (TRES) "Especificaciones Técnicas del equipamiento"

NOMBRE GENÉRICO:	**EQUIPO AUTOMATIZADO PARA INMUNOHEMATOLOGÍA**
Paquete:	**Paquete II. Inmunohematología** **Grupo 3. Estudios Inmunohematología**
Nombre de Participante:	
Partida(s) en las que participa:	
Marca del Equipo:	
Modelo del Equipo:	

CLAVE	**533.342.1484**	
No.	**DESCRIPCIÓN:**	**Folios de referencia:**
1	Equipo automatizado para la determinación de grupos sanguíneos, anticuerpos anti-eritrocitos, antiglobulina humana directa y pruebas de compatibilidad por aglutinación, utilizando como soporte o fase sólida tarjetas de gel, tarjeta o cassette de perlas de vidrio y/o microplacas.	
2	Equipo que permita realizar de manera automática e integrada los siguientes procesos: 2.1 Identificación de muestras y reactivos 2.2 Homogenización de eritrocitos y reactivos. 2.3 Dilución y dispensado de muestras y reactivos. 2.4 Incubación a la temperatura requerida por el tipo de prueba. 2.5 Centrifugación automática de las tarjetas de gel, tarjeta o cassette de perlas de vidrio y/o microplacas. 2.6 Lectura automática de las tarjetas de gel, tarjeta o cassette de perlas de vidrio y/o microplacas. 2.7 Interpretación Automática de los resultados.	
3	Utilización de cualquier tamaño de tubo primario.	
4	Capacidad de interfaz.	
5	Calibración automática. Opcional	
6	Código de barras para muestras y reactivos.	
7	Control de calidad integrado.	

NOMBRE GENÉRICO:	**EQUIPO PARA DETERMINAR ÁCIDOS NUCLEICOS**
Paquete:	**Paquete VI. Amplificación de ácidos nucleicos** **Grupo 7. Amplificación de ácidos nucleicos**
Nombre de Participante:	
Partida(s) en las que participa:	
Marca del Equipo:	
Modelo del Equipo:	

CLAVE	**531.829.0851**	
No.	**DESCRIPCIÓN:**	**Folios de referencia:**
1	Equipo automatizado para la extracción, amplificación y/o detección de ácidos nucleicos en muestras biológicas.	
2	Reacción en Cadena de la Polimerasa y/o Amplificación selectiva de ácidos nucleicos.	
3	Analitos o estudios para determinar: • Detección de ARN del HIV-1 • Detección de ARN del VHC • Detección de ADN del VHB	
4	Determinación de prueba individual o simultánea de los tres agentes (VIH-1, HCV, VHB).	
5	Rango de lectura de longitud de onda de acuerdo con el modelo y marca del Equipo.	
6	Velocidad de tiempo de lectura de acuerdo con lo especificado en el Anexo T3 Equipamiento del SMI de BS.	
7	Capacidad de detección de copias por ml y/o IU/ml: • Para HIV-1 o dHIV en 100 c/ml o 200 y 60 IU/mL. • Para dHCV 100 c/ml o 100, 30 y 10 IU/mL.	
8	Controles y calibradores incluidos: si.	

NOMBRE GENÉRICO:	**CENTRIFUGA DE CABEZAL INTERCAMBIABLE**
Paquete:	**Paquete VI. Amplificación de ácidos nucleicos** **Grupo 7. Amplificación de ácidos nucleicos**
Nombre de Participante:	
Partida(s) en las que participa:	
Marca del Equipo:	
Modelo del Equipo:	

CLAVE	**533.224.0653**	
No.	**DESCRIPCIÓN:**	**Folios de referencia:**
1	Opera desde microtubos hasta tubos de 50 mL.	
2	Con rotor basculante de 4 X 250 ml.	
3	Paquete de adaptadores con tapa de seguridad biológica para usarse con el rotor basculante: • Para tubos 13 X 100 mm o equivalente a 10 ml. • Para tubos12 X 75 mm o equivalente a 5 ml. • Para tubos de 16x 100mm.	
4	Cámara de acero inoxidable y cubierta resistente al impacto.	
5	Cabezal intercambiable.	
6	Con posición en detenido, freno y seguro que impida la apertura de la tapa durante la marcha y que se desactive cuando falle la corriente eléctrica.	
7	Sistema de paro en caso de imbalance.	

NO-BREAK PARA SERVIDOR TIPO 1 Y 2 (UPS DE DOBLE CONVENSIÓN).
PARA TODOS LOS TIPOS DE UNIDAD

Tecnología: Standby
Voltaje de entrada: 110 Volts
Voltaje de salida: 120 Volts
No. De fases: Monofásica
Receptáculos: 5 x Nema 5-15R
Tiempo de respaldo: 20 Minutos en caso de falla del suministro Eléctrico
Capacidad: La requerida para lograr los 20 minutos de respaldo acorde al consumo del servidor ofertado
Rango de tensión de entrada: 88 – 139 Volts

ANEXO 4 (CUATRO)

Directorio de las Unidades Médicas.

Unidad	Localidad	Domicilio	Director Médico
HGZ 1	Oaxaca de Juárez	Calzada Héroes de Chapultepec No. 621 Col. Centro C.P. 68000. Oaxaca de Juárez, Oaxaca	Dra. Tania Jimenez Vasquez
HGZ 2	Salina Cruz	Calle Nicolás Bravo y Cuauhtémoc Colonia Hidalgo Oriente, Salina Cruz Oaxaca. CP. 70620	Dr. Jaime Garcia Santiago
HGZ 3	Tuxtepec	Boulevard Benito Juárez 141 Colonia El Castillo Tuxtepec Oaxaca C.P. 68340	Dra. Diana
HGS 41	Huatulco	Boulevard Chahué Mz 5 Lote 49 Sector R Santa Cruz Huatulco C.P. 70987	Dr. Raul Victor Rios Sanchez

ANEXO 5 (CINCO)

Cédula de Control de Bienes de Consumo

PARTIDA: REGIÓN: PAQUETE: OOAD/UMAE:			Fecha Día:	Mes:	Año:
UNIDAD MÉDICA:					
No. DE CONTRATO:			ENTREGA CORRESPONDIENTE AL MES DE _____DEL 20_____		
No.	Descripción	Presentación	Cantidad Entregada	No. de Lote	Fecha de Caducidad

PARA SER LLENADO POR EL JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN			
FECHA DE RECEPCIÓN A CONFORMIDAD:	¿EL REAPROVISIONAMIENTO CUBRE EL INVENTARIO de 45 DÍAS DE PRODUCTIVIDAD?	¿EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO ESTIPULADO?	NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO
		SI ( ) NO ( )	

NOMBRE Y FIRMA
JEFE DE BANCO DE SANGRE, CENTRO DE COLECTA O SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

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 inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX de la LAASSP.

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 de la LAASSP.

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 de la LAASSP.

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 protestade 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 LAASSP.

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 LAASSP.

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.

XXXXXXXX., 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 investigación de mercado 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.

A T E N T A M E N T E

_____

(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-128-2026.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado
Se requiere que los servicios que oferte cumplan 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%.
Conteste a las preguntas solamente en los espacios en blanco provistos para tal efecto.
Cuando sea el caso si la pregunta solo requiere una respuesta de tipo SI/NO, no ingrese más información.
Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, NO se aceptarán respuestas en otros formatos.

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

No cambie Ninguna otra celda aparte de las celdas destinadas a recibir su respuesta.
Los archivos enviados con alteraciones serán descartados, en caso de archivos duplicados solo se considerará la información del último archivo recibido.
No cambie o afecte la estructura de los archivos de ninguna manera (no ordene, no inserte, no cambie los nombres de los campos, etc.)
Considere que las cantidades requeridas pueden modificarse al momento de efectuar el proceso de contratación.
Por favor, responda las preguntas de la manera más completa posible.

Preguntas generales
Información de contacto y perfil del proveedor

Información de la Empresa

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

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor

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

En caso de que su empresa sea considerada MIPYME.

¿Su empresa estaría dispuesta a presentar una propuesta conjunta?	

¿Es, o ha sido, proveedor del IMSS?	
Número de Proveedor IMSS:	

Información opcional

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

Preguntas específicas

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

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

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

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 Publico (LAASSP).

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

Atentamente

Nombre y Firma autógrafa del Representante Legal

ANEXO J

MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE _____, REPRESENTADA POR _____ EN SU CARÁCTER DE _____, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL PARTICIPANTE A", Y POR OTRA _____, REPRESENTADA POR _____, EN SU CARÁCTER DE _____, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL PARTICIPANTE B", Y CUANDO SE HAGA REFERENCIA A LOS QUE INTERVIENEN SE DENOMINARÁN "LAS PARTES", AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

α) **"EL PARTICIPANTE A"**, DECLARA QUE:

i. ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES MEXICANAS, SEGÚN CONSTA EN EL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA ***(PÓLIZA)*** NÚMERO ____, DE FECHA ____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. ____ NOTARIO ***(CORREDOR)*** PÚBLICO NÚMERO ____, DEL ____, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO DE _____, EN EL FOLIO MERCANTIL ____ DE FECHA _____.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD ____ ***(SI/NO)*** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

_____ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES _____.

1.1.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO _____ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO _____.

1.1.3 SU REPRESENTANTE LEGAL CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO ____ DE FECHA ____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. _____ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO ___, DEL ____ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DE COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO _____ DE FECHA ____, MANIFESTANDO **"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD"**, QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN _____.

1.1.4 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: _____; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

1.1.5 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN:

2.1 "EL PARTICIPANTE B", DECLARA QUE:

2.1.1 ES UNA SOCIEDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EL TESTIMONIO ***(PÓLIZA)*** DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO ___, DE FECHA ___, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. ____ NOTARIO ***(CORREDOR)*** PÚBLICO NÚMERO ___, DEL __, E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO ____ DE FECHA ____.

EL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD __ ***(SI/NO)*** HA TENIDO REFORMAS Y MODIFICACIONES.

Nota: En su caso, se deberán relacionar las escrituras en que consten las reformas o modificaciones de la sociedad.

LOS NOMBRES DE SUS SOCIOS SON:

_____ CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES ____.

2.1.2 TIENE LOS SIGUIENTES REGISTROS OFICIALES: REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES NÚMERO _____ Y REGISTRO PATRONAL ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO _____.

2.1.3 SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL CARÁCTER YA MENCIONADO, CUENTA CON LAS FACULTADES NECESARIAS PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO, DE CONFORMIDAD CON EL CONTENIDO DEL TESTIMONIO DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO ____ DE FECHA _____, PASADA ANTE LA FE DEL LIC. _____ NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____, DEL _____ E INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, EN EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO _____ DE FECHA ____, MANIFESTANDO **"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD"** QUE DICHAS FACULTADES NO LE HAN SIDO REVOCADAS, NI LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA, A LA FECHA EN QUE SE SUSCRIBE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL DOMICILIO DE SU REPRESENTANTE LEGAL ES EL UBICADO EN _____.

2.1.4 SU OBJETO SOCIAL, ENTRE OTROS CORRESPONDE A: _____; POR LO QUE CUENTA CON LOS RECURSOS FINANCIEROS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS PARA OBLIGARSE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTIPULAN EN EL PRESENTE CONVENIO.

2.1.5 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN: _____

(MENCIONAR E IDENTIFICAR A CUÁNTOS INTEGRANTES CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN **DE PROPOSICIONES).**

- **"LAS PARTES"** DECLARAN QUE:

i. CONOCEN LOS REQUISITOS Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LAS BASES DE LA CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL_____.

ii. MANIFIESTAN SU CONFORMIDAD EN FORMALIZAR EL PRESENTE CONVENIO, CON EL OBJETO DE PARTICIPAR CONJUNTAMENTE EN LA LICITACIÓN, PRESENTANDO PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN LAS BASES DE LA LICITACIÓN Y CON LO

DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 34, DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 54 DE SU REGLAMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR, LAS PARTES OTORGAN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- "PARTICIPACIÓN CONJUNTA".

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN CONJUNTAR SUS RECURSOS TÉCNICOS, LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ECONÓMICOS Y FINANCIEROS PARA PRESENTAR PROPOSICIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO _____ Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A PRESTAR EL SERVICIO OBJETO DEL CONVENIO, CON LA PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:

PARTICIPANTE "A": *(DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A SUMINISTRAR)*.

(CADA UNO DE LOS INTEGRANTES QUE CONFORMAN LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPOSICIONES DEBERÁ DESCRIBIR LA PARTE QUE SE OBLIGA A ENTREGAR).

SEGUNDA.- REPRESENTANTE COMÚN Y OBLIGADO SOLIDARIO.

"LAS PARTES"ACEPTAN EXPRESAMENTE EN DESIGNAR COMO REPRESENTANTE COMÚN AL _____, A TRAVÉS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, OTORGÁNDOLE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, PARA ATENDER TODO LO RELACIONADO CON LAS PROPOSICIONES TÉCNICA Y ECONÓMICA EN EL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN, ASÍ COMO PARA SUSCRIBIR DICHAS PROPOSICIONES.

ASIMISMO, CONVIENEN ENTRE SI EN CONSTITUIRSE EN FORMA CONJUNTA Y SOLIDARIA PARA COMPROMETERSE POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONVENIO, CON RELACIÓN AL CONTRATO QUE SUS REPRESENTANTES LEGALES FIRMEN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DERIVADO DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN _____, ACEPTANDO EXPRESAMENTE EN RESPONDER ANTE EL IMSS POR LAS PROPOSICIONES QUE SE PRESENTEN Y, EN SU CASO, DE LAS OBLIGACIONES QUE DERIVEN DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO.

TERCERA.- DEL COBRO DE LAS FACTURAS.

"LAS PARTES" CONVIENEN EXPRESAMENTE, QUE "EL PARTICIPANTE_____ ***(LOS PARTICIPANTES, DEBERÁN INDICAR CUÁL DE ELLOS ESTARÁ FACULTADO PARA REALIZAR EL COBRO)***, PARA EFECTUAR EL COBRO DE LAS FACTURAS RELATIVAS AL SERVICIO QUE SE PRESTE AL IMSS, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO _____.

CUARTA.- VIGENCIA.

"LAS PARTES" CONVIENEN, EN QUE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONVENIO SERÁ EL DEL PERÍODO DURANTE EL CUAL SE DESARROLLE EL PROCEDIMIENTO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA

INTERNACIONAL NÚMERO _____, INCLUYENDO, EN SU CASO, DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO, EL PLAZO QUE SE ESTIPULE EN ÉSTE Y EL QUE PUDIERA RESULTAR DE CONVENIOS DE MODIFICACIÓN.

QUINTA.- **OBLIGACIONES.**

"LAS PARTES" CONVIENEN EN QUE EN EL SUPUESTO DE QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SE DECLARE EN QUIEBRA O EN SUSPENSIÓN DE PAGOS, NO LAS LIBERA DE CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES, POR LO QUE CUALQUIERA DE ELLAS QUE SUBSISTA, ACEPTA Y SE OBLIGA EXPRESAMENTE A RESPONDER SOLIDARIAMENTE DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES A QUE HUBIERE LUGAR.

"LAS PARTES" ACEPTAN Y SE OBLIGAN A PROTOCOLIZAR ANTE NOTARIO PÚBLICO EL PRESENTE CONVENIO, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOS DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DEL OFICIO DE ASIGNACIÓN EMITIDO EN LA LICITACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL NÚMERO _____ EN QUE PARTICIPAN Y, QUE EL PRESENTE INSTRUMENTO, DEBIDAMENTE PROTOCOLIZADO, FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO QUE SUSCRIBAN LOS REPRESENTANTES LEGALES DE CADA INTEGRANTE Y EL IMSS.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO POR **"LAS PARTES"** Y ENTERADOS DE SU ALCANCE Y EFECTOS LEGALES, ACEPTANDO QUE NO EXISTIÓ ERROR, DOLO, VIOLENCIA O MALA FE, LO RATIFICAN Y FIRMAN, DE CONFORMIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, EL DÍA _____ DE _____ DE 20___.

"EL PARTICIPANTE A"	"EL PARTICIPANTE B"
_____	_____
NOMBRE Y CARGO DEL APODERADO LEGAL	**NOMBRE Y CARGO DEL APODERADO LEGAL**

K COTIZACIÓN

COTIZACION

NÚM. DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO. _____

FECHA: _____ FAB. ( ). DIST. ( ). No. DE PREI IMSS: _____
NOMBRE DEL COTIZANTE: _____ DOMICILIO: _____
TEL.: _____ R. F. C.: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( )

No.	Grupo	Clave Proced	Procedimiento	Estudios minimo	Estudios maximo	Precio unitario	Importe mínimo	Importe máximo
						Subtotal		
						IVA		
						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.