

Oaxaca de Juárez, Oax., a 12 de agosto del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0748/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN

FOCON-04
INVMER-139-2026

C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

SUMINISTRO DE VÍVERES PARA EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 01, EJERCICIO 2026.

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

a) Determinar la existencia de bienes en la cantidad, calidad u oportunidad requerida por este Instituto.
b) Determinar proveeduría suficiente.
c) Determinación de precio estimado.
d) Determinar el carácter del procedimiento de contratación a efectuar.
e) Demás condiciones que imperan en el mercado

De lo anterior, se solicita a los interesados que deberán remitir SIGUIENTES ANEXOS: **ANEXO ACREDITACIÓN DEL PARTICIPANTE, ANEXO CUESTIONARIO Y ANEXO 2 COTIZACIÓN.** ya que esta área contratante determinará el tipo de procedimiento y la estrategia de contratación respectiva.

Al respecto se hace una atenta invitación a ratificar los servicios ofertados, enviando inicialmente su información al siguiente correo electrónico: Jefe de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, juan.torresb@imss.gob.mx; jefe del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, ernesto.hooper@imss.gob.mx y maria.maciasd@imss.gob.mx;



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

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

El plazo máximo para recibir la información requerida será al **18 de agosto del 2026, hasta las 13:00 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.

Elaboró	**Revisó**	**Autorizó**
Lic. María de la Luz Macías de la Huerta Supervisor de Proyectos E2.	**Ing. Juan Alberto Torres Bautista** Jefe de la Oficina de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.	**Lic. Ernesto Antonio Hooper Arvizu** Jefe del Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

ANEXO 1 REQUERIMIENTO

CANT	UNIDAD	GRUPO	SUBGRUPO	GPO	GEN	ESP	DIF	DESCRIPCION	UMEDIDA	PRESENTACION	CANT MIN	CANT MAX
1	HGZ 01	GRUPO 1 CARNES Y HUEVO	103 - EMBUTIDOS	480	103	300	2	JAMON DE PAVO	PAQUETE	REB 25 G. PAQ. 1000 G	86	215
2	HGZ 01	GRUPO 1 CARNES Y HUEVO	103 - EMBUTIDOS	480	103	700	1	SALCHICHA DE PAVO VIENA	PAQUETE	PAQUETE DE 1000G	48	120
3	HGZ 01	2 - LECHE Y DERIVADOS LµCTEOS	202 - DERIVADOS LµCTEOS	480	202	101	1	QUESO PANELA	PAQUETE	PESO DE 400 G.	112	280
4	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	1100	0	JICAMA	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS PIEZA DE 500 A 1000 G	200	500
5	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	1803	0	MANZANA STARKING	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS, 10 CM DIAMETRO	200	500
6	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	1901	0	MELON CHINO	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS DE DIAMETRO MAYOR DE 13 A 17 CM	800	2000
7	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	2102	0	PAPAYA ROJA.	KILOGRAMO	KG	320	800
8	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	2202	0	PERA MANTEQUILLA	KILOGRAMO	KG	800	2000
9	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	301 - FRUTAS	480	301	2801	0	TORONJA ROJA	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS, DE 14 A 18 CM DE DIAMETRO	2460	6150
10	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	500	0	BROCOLI	KILOGRAMO	POR PESO EN KILOGRAMOS, DIAMETRO DE 10 CM	800	2000
11	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	601	0	CALABACITA CRIOLLA	KILOGRAMO	POR PESO EN KILOGRAMOS, PIEZA DE 5 A 8 CM	400	1000
12	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	602	0	CALABACITA ITALIANA	KILOGRAMO	POR PESO EN KILOGRAMOS, PIEZA DE 7 A 12 CM	2976	7442
13	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	2401	0	JITOMATE BOLA	KILOGRAMO	POR PESO EN KILOGRAMOS, DE 6 Y 12 CM DE DIAMETRO	1600	4000

CANT	UNIDAD	GRUPO	SUBGRUPO	GPO	GEN	ESP	DIF	DESCRIPCION	UMEDIDA	PRESENTACION	CANT MIN	CANT MAX
14	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	2501	0	LECHUGA OREJONA	KILOGRAMO	KG	240	600
15	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	2800	0	NOPAL	KILOGRAMO	KG	640	1600
16	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	3600	0	TOMATE VERDE	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS, DE 4 A 5 CM DE DIAMETRO	1880	4700
17	HGZ 01	3 - FRUTAS Y VERDURAS	302 - VEGETALES	480	302	3900	0	ZANAHORIA	KILOGRAMO	PESO EN KILOGRAMOS, FORMA CÓNICA Y ALARGADA DE 8 A 12 CM	320	800
18	HGZ 01	6 - AZUCARES	601 - AZéCAR	480	601	100	1	AZUCAR MORENO	PIEZA	A GRANEL EN BOLSAS DE POLIETILENO O PAPEL KRAF DE 1000 G .	600	1500
19	HGZ 01	9 - CONDIMENTOS	807 - INFUSIONES	480	806	100	0	CAFE MEZCLADO EN GRANO TOSTADO Y MOLIDO	KILOGRAMO	BOLSA DE POLIPROPILENO DE 1000 G	110	275
20	HGZ 01	1 - CARNES Y HUEVO	106 - PESCADOS	480	106	102	0	ATUN EN AGUA	LATA	140 G.	600	1500
21	HGZ 01	1 - CARNES Y HUEVO	109 - HUEVO	480	109	100	0	HUEVO ENTERO	KILOGRAMO	CON PESO PROMEDIO POR PIEZA DE 50 –55 g	1400	3500
22	HGZ 01	2 - LECHE Y DERIVADOS LµCTEOS	201 - LECHE	480	201	500	0	LECHE SEMIDESCREMADA ULTRAPASTEURIZADA	ENVASE	1000 ml	240	600
23	HGZ 01	2 - LECHE Y DERIVADOS LµCTEOS	202 - DERIVADOS LµCTEOS	480	202	301	0	YOGURT NATURAL DE LECHE DESCREMADA	ENVASE	900 ML	240	600
24	HGZ 01	4 - CEREALES	402 - ARROZ	480	402	200	0	ARROZ PULIDO	PIEZA	EN BOLSAS DE POLIETILENO O EN CAJAS DE CARTON DE 1000 G.	600	1500
25	HGZ 01	4 - CEREALES	405 - MAIZ	480	405	600	0	TORTILLA DE MAIZ	PIEZA	KG	600	1500

CANT	UNIDAD	GRUPO	SUBGRUPO	GPO	GEN	ESP	DIF	DESCRIPCION	UMEDIDA	PRESENTACION	CANT MIN	CANT MAX
26	HGZ 01	4 - CEREALES	406 - TRIGO	480	406	700	1	GALLETA MARIA	PIEZA	CAJA DE CARTON CON CAPACIDAD DE 850 G	400	1000
27	HGZ 01	4 - CEREALES	406 - TRIGO	480	406	1300	1	PAN BLANCO DE CAJA	PIEZA	EN BOLSA DE POLIETILENO DE 640 + 50 G.	400	1000
28	HGZ 01	5 - LEGUMINOSAS	501 - FRIJOL	480	501	600	0	FRIJOL NEGRO	PIEZA	A GRANEL O EMPACADO EN BOLSA DE 1000 G.	800	2000
29	HGZ 01	7 - GRASAS	701 - GRASAS DE ORIGEN ANIMAL	480	701	101	0	MEDIA CREMA DE LECHE DE VACA	PIEZA	LATA O TETRABRIK DE 225 G.	152	380
30	HGZ 01	7 - GRASAS	701 - GRASAS DE ORIGEN ANIMAL	480	701	200	1	MANTEQUILLA SIN SAL	PIEZA	BARRA DE 500 G	59	148
31	HGZ 01	8 - CONDIMENTOS	804 - GELES	480	804	100	0	GRENETINA EN POLVO	PIEZA	EN CAJA DE CARTON O BOLSA DE PLASTICO DE 1000 G	5	14
32	HGZ 01	8 - CONDIMENTOS	808 - SABORIZANTES	480	808	300	0	VINAGRE DE FRUTAS	PIEZA	ENVASE DE VIDRIO O PLASTICO DE 1000 ML	140	352
33	HGZ 01	8 - CONDIMENTOS	809 - SAZONADORES	480	809	200	0	CONSOME DE POLLO DESHIDRATADO EN POLVO	PIEZA	FRASCO Y/O BOLSA DE PLASTICO DE 1000 G	40	100

ANEXO 1 “A”

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

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

Los bienes requeridos se suministrarán por el proveedor a través del formato FO-CON 03.

El proveedor se obliga a suministrar los bienes de agosto a diciembre del año 2026 que conforman el anexo 1 (uno) que cubran las necesidades del "INSTITUTO" durante la vigencia del contrato de acuerdo con lo siguiente:

LUGAR DE ENTREGA	DOMICILIO	NUTRICIONISTA DIETISTA RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN
Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.	Calzada Heroes de Chapultepec 621 Colonia Centro Oaxaca de Juarez. cp. 68000	L.N. Yazmin Ricardez Patiño.

b) Plazo de entrega del bien, arrendamiento o servicio, indicando en su caso, el calendario con programa y condiciones de entregas que corresponda.

El proveedor se obliga a suministrar los bienes de agosto a diciembre del año 2026 en los días y horarios que se especifican a continuación, del Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

Será requisito indispensable que el proveedor cuente con establecimiento y/o bodega de víveres, debiendo presentar croquis del establecimiento y comprobante de domicilio de acuerdo con la siguiente tabla:

UNIDAD SOLICITANTE	MUNICIPIO, LOCALIDAD Y CIUDAD.	OBSERVACIÓN
Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.	Dentro de un radio de 08 km	Indispensable

El horario de entrega para el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca, serán los siguientes:

UNIDAD	GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE ENTREGA	DÍA DE ENTREGA	HORARIO
HGZ No.1 OAXACA	1. ABARROTES	SEMANAL	MIERCOLES O JUEVES	6:45 A 09:00 HORAS
	2. JUGOS Y CONCENTRADOS	SEMANAL	MARTES O JUEVES	6:45 A 09:00 HORAS
	3.-CARNE EN GENERAL Y HUEVO	DIARIA	LUNES A DOMINGO	6:45 A 09:00 HORAS
	4. PRODUCTOS DE SALCHICHONERIA	DIARIA	LUNES A DOMINGO	6:45 A 09:00 HORAS
	5. FRUTAS Y VEGETALES	DIARIA	LUNES A DOMINGO	6:45 A 09:00 HORAS
	6. LECHE FLUIDA	SEMANAL	MIERCOLES O JUEVES	6:45 A 09:00 HORAS
	7. DERIVADOS LÁCTEOS	DIARIA	LUNES A DOMINGO	6:45 A 09:00 HORAS
	8. PAN	DIARIA	LUNES A DOMINGO	DESAYUNO DE 6:00 A 6:30 HORAS COMIDA DE 10:30 A 11:30 HORAS CENA DE 16 A 15:00 HORAS
	9.-TORTILLA	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00:00 HORAS 09:00:00 HORAS 11:00:00 HORAS 12:00:00 HORAS 01:30:00 HORAS 02:30:00 HORAS

Establecer características mínimas con las que debe contar el establecimiento

Presentar en original o copia simple para cotejo, Aviso de Funcionamiento correspondiente del establecimiento donde operará el licitante, expedido por Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, en el cual se indique que la actividad del establecimiento corresponde al comercio de víveres acorde al grupo en el que participe.

Presentar en original o copia simple para cotejo, el contrato celebrado con una empresa autorizada por la Secretaría de Salud para proporcionar el servicio de control de plagas del 01 de enero al 31 de diciembre del 2026 y los certificados de fumigación que amparen los servicios brindados en el establecimiento, en el periodo del 01 de enero al 30 de diciembre del 2025.

Calidad

1.-El proveedor deberá presentar en original o copia simple para cotejo, los resultados de los exámenes microbiológicos practicados al personal asignado para la preparación, entrega y distribución en las Unidades Médicas Hospitalarias: **exudado faríngeo, coproparasitoscópico en serie de tres y lecho ungüeal (cultivo de uñas)**. Dichos análisis deberán ser realizados dentro de los últimos 60 días previos a la fecha del acto de presentación y apertura de propuestas.

2.-Los resultados de los análisis clínicos deberán reflejar que el personal se encuentre libre de enfermedades infectocontagiosas, de conformidad con lo establecido en la NOM-251-SSA-2009 “Practicas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios” en su numeral 5.12.1 que a la letra dice: “Debe excluirse de cualquier operación en la que pueda contaminar al producto, a cualquier persona que presente signos como: tos frecuente, secreción nasal, diarrea, vómito, fiebre, ictericia o lesiones en áreas corporales que entren en contacto directo con los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. Solo podrá reincorporarse a sus actividades hasta que se encuentre sana o estos signos hayan desaparecido”, y se acreditarán con la presentación de los análisis clínicos solicitados en el inciso anterior (1).

Los bienes deberán ser entregados a través del proveedor en forma directa a través del personal asignado para realizar las entregas del Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca, conforme a los horarios de recepción de los víveres Anexo 3 (tres) y conforme a lo señalado en la Orden de Compra correspondiente

del Sistema de Planeación y Control de Alimentos y solicitud extraordinaria de alimentos nd-15, Anexo 11 (once).

Los bienes para requerir serán transcritos en el formato Orden de Compra anexo 4 (cuatro) y solicitud extraordinaria de alimentos nd-15 Anexo 11 (once) en el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

Las Órdenes de Compra anexo 4 (cuatro) para la entrega y distribución de los bienes serán emitidas con una anticipación de 14 (catorce) días naturales antes de la entrega de los bienes, en el formato nd-15 anexo 11 (once) podrá ser solicitada vía telefónica o enviada mediante correo electrónico con 24 horas y hasta 8 días de anticipación, en el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

Las órdenes de compra se emiten por subgrupo/partida de alimentos para entrega a los licitantes asignados.

Los servicios de Nutrición y Dietética del Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca, la Orden de Compra y solicitud extraordinaria de alimentos nd-15, anexo 11 (once), en original y copia.

El Instituto, podrá evaluar el desempeño del proveedor, midiendo su nivel de cumplimiento en la entrega oportuna de los bienes, durante la vigencia del contrato que se celebre. Dicha información se hará del conocimiento de este a través del "Reporte de incidencias en el suministro de víveres nd-30" del procedimiento 2660-003-013 anexo 10 (diez). La evaluación será realizada por el Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética o el responsable de los almacenes de víveres, en el del Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

La Jefa de Depto. de Nutrición, recibe del proveedor de víveres las facturas correspondientes al suministro de alimentos y verifica se adjunten los siguientes documentos:
1.-Nota de remisión en original.
2.-Orden de compra emitida por el Sistema PLA.C.A. Web para el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.
3.-Formato de "Solicitud extraordinaria de alimentos nd-15", (Anexo 11) en original.

Previo al inicio de la prestación del servicio el licitante asignado, deberá presentarse ante el Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética de la unidad hospitalaria a fin de coordinarse para comenzar con el surtimiento de los víveres, para el caso de los proveedores licitantes asignados en el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

El personal que ingrese al Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca, deberán portar uniforme y gafete con él nombre y fotografía que lo acredite como trabajador del licitante contratado, deberá notificar a la unidad, el personal responsable de entregar los víveres en las unidades médicas.

Para el caso de pan fresco las órdenes de compra se emitirán y entregarán de forma semanal, tres días antes de iniciar la semana, al proveedor por conducto del personal encargado de los almacenes de víveres en el Hospital General de Zona No. 01 Oaxaca.

Cuando la orden de compra, anexo 4 (cuatro) sea transmitida vía correo electrónico o cualquier otro medio convenido por las partes, el proveedor se obliga a confirmar su recepción acusando recibo por la misma vía a más tardar el día hábil siguiente, aquel en que se reciba dicha orden por parte de las áreas de nutrición y dietética de las unidades médicas hospitalarias, fecha a partir de la cual, empezará a computarse el plazo de entrega, si el proveedor no confirma la recepción de la orden, el plazo de entrega empezará a contabilizarse a partir del día hábil siguiente a la fecha de transmisión por parte del Instituto según conste en la notificación de entrega que proporcione el medio utilizado por el Instituto.

Al momento de la entrega-recepción de los insumos, el proveedor entregará notas de remisión con folio, nombre y firma, que ampare los artículos entregados, gramaje y precio, esto por día según la orden de compra, anexo 4 (cuatro) que ampare dicha solicitud, la nota de remisión deberá contener sello, fecha, hora, nombre y firma de quien recibe los bienes.

La dirección de entrega de los bienes está estipulada en el anexo 8 (ocho) del presente requerimiento, debiendo entregar en los domicilios estipulados en el mismo.
"EL PROVEEDOR" deberá entregar y distribuir los alimentos en cajas para estiba, de plástico, recipientes o envases especiales, conforme a las características de la clave/grupo de alimentos, o producto en condiciones adecuadas de higiene y presentación, como lo indica el Cuadro Básico Institucional de Alimentos vigente, para la entrega del grupo de abarrotes el proveedor deberá, plasmar con plumón permanente en cada insumo la fecha (dd/mm/aaaa) de entrega.

"EL PROVEEDOR" deberán contar con vehículos apropiados y de uso exclusivo para el suministro de alimentos, con una antigüedad no anterior al año 2016 en las capacidades y cantidades indicadas en el Anexo 9 (nueve) el cual forma parte de la presente convocatoria.

Para la determinación de las necesidades vehiculares, se tomaron en consideración los volúmenes de los bienes para su entrega y distribución en las Unidades Médicas Hospitalarias tanto de Régimen Ordinario, los tiempos de traslado entre unidades, tiempos para la realización de la entrega-recepción de los bienes y su respectiva documentación con relación al tiempo máximo de entrega, con la finalidad de que el Área de Nutrición cuente con los insumos necesarios para la realización de las preparaciones de las dietas, colaciones y alimentos para los pacientes hospitalizados y trabajadores que se encuentran adscritos en los hospitales. (Procedimiento para la recepción y distribución de materia prima en el almacén de víveres de Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención Clave: 2660-003-013).

Los vehículos para transportar los bienes para su entrega y distribución deberán ser cerrados, o con cubiertas que los protejan del clima. En los casos de productos cárnicos, lácteos y embutidos deberán contar también con sistema de refrigeración de así requerirse, con control de temperatura, así como los otros productos que por sus características lo requieran (congelados y refrigerados), en su defecto transportados en hileras y/o termos.

La transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el andén de las direcciones de entrega y distribución, de acuerdo con el Anexo 8 (ocho) serán a cargo de "EL PROVEEDOR", así como el aseguramiento de los bienes, hasta que estos sean recibidos de conformidad por "EL INSTITUTO".
Durante la recepción, los bienes estarán sujetos a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se entreguen conforme con la marca (s) ofertada (s), presentación requerida y criterios de calidad que se indican en el Cuadro Básico Institucional de Alimentos, así como el manual normativo 2660-003-013 Procedimiento para la recepción y distribución en materia prima en el almacén de víveres medicas hospitalarias de 2º. Nivel de atención, así como considerando cantidad, empaques y envases en buenas condiciones de higiene y presentación.

CANJE DE BIENES

El Instituto a través de la Unidad afectada, a través del "formato para canje y/o reposición de alimentos nd-34" del procedimiento 2660-003-013, anexo 06 (seis) podrá solicitar el canje de cualquiera de los productos al proveedor, por no entregar la (s) marca (s) ofertada (s), o bien no cumplan con las normas de recepción, o presenten defectos de calidad, durante las dos horas siguientes después de la recepción. Para las partidas de Abarrotes el período será dentro de las 24 (veinticuatro) horas, cuando se compruebe que por la naturaleza propia del alimento y no obstante, haber sido mantenido conforme a las condiciones adecuadas de temperatura, éste sufra alteraciones fisicoquímicas. El horario de canje será de las 8:00 hrs. a las 10:00 hrs. después del reporte de los usuarios.
Todos los gastos que se generen con motivo del canje o devolución correrán por cuenta del proveedor, previa notificación del IMSS.
El proveedor 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 a terceros, en la entrega y distribución de los bienes en las condiciones precisadas (defectos de calidad, marcas distintas de las ofertadas, vicios ocultos, etc.)

RECHAZO DE BIENES

El Instituto devolverá los alimentos que entregue y distribuya el proveedor cuando se encuentre en los siguientes supuestos:

- No reúnan las características físico químicas del Lineamiento para la selección y recepción de alimento Anexo 6 (seis) requeridas por el Instituto conforme a lo establecido ya que deberán apegarse a la presentación requerida, criterios de calidad que se indican en el Cuadro Básico de Alimentos, que se pueden consultar en la Página Web del IMSS, en la Sección de Cuadros Básicos, renglón Alimentos.
- No sean de las marcas ofertadas por el proveedor en su propuesta técnica.
- Sea mayor la cantidad entregada que la solicitada. (El excedente no se recibirá).
- No cumpla con el peso solicitado por gramaje, o por presentación si son litros, cajas, etc.
- Tratándose de frutas y vegetales, no se recibirán aquellos que por el transporte o manejo hayan sufrido aplastamiento o alteración física.

El instituto rechazará los alimentos que suministre el proveedor, cuando se encuentre en los siguientes supuestos:

- No se encuentren incluidos en la orden de compra anexo 3 (tres) y solicitud extraordinaria de alimentos anexo 11(once)
- Cuando se cuente con aviso de cancelación y/o modificación por escrito, con anticipación de 24 hasta 48 horas, a través del "formato para la cancelación de alimentos nd-35" del procedimiento 2660-003-013 anexo 4 (cuatro).
- Cuando los bienes solicitados no arriben en el horario convenido según el Calendario de Recepción y Horarios de Entrega de Bienes.

El Instituto a través de la unidad afectada, podrá devolver los productos de cualquiera de los grupos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 al proveedor por defecto de calidad hasta veinticuatro horas después de la recepción, a excepción del subgrupo de abarrotes en el cual el periodo será de 3 días naturales, cuando se compruebe mediante dictamen que por la naturaleza propia del alimento y no obstante haber sido mantenido conforme a las normas, esta sufra alteraciones físico-químicas descritas en el Lineamiento para la selección y recepción de alimentos anexo 7 (siete) el proveedor deberá recibirlos y retirarlos de las instalaciones de la unidad, a las 48 horas siguientes a la recepción.

Los alimentos no recibidos y devueltos por rechazo deberán ser entregados según sea el caso, durante el transcurso del día de entrega, antes de las 14:00 horas o a criterio del responsable autorizado de la unidad, dependiendo del tipo de alimento.

Todos los gastos que se generen con motivo del canje o rechazo correrán por cuenta del proveedor, previa notificación del IMSS.

El proveedor 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 a terceros.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de entrega establecidas en el requerimiento, el Instituto no dará por recibidos y aceptados los bienes.

"EL INSTITUTO", no dará por recibido y aceptados los bienes a entera satisfacción mientras que "EL PROVEEDOR" no cumpla con las condiciones de entrega y distribución de los bienes establecidos en el presente requerimiento.

SOLICITUD EXTRAORDINARIA DE ALIMENTOS

"EL INSTITUTO", a través del "formato solicitud extraordinaria de alimentos nd-15", clave 2660-009-166 anexo 11 (once) podrá solicitar vía telefónica o enviado mediante correo electrónico con 24 horas y hasta 8 días de anticipación para su atención inmediata, solicitando al proveedor acuse de recibido misma vía a más tardar el día natural siguiente y archiva en medio electrónico la solicitud extraordinaria de alimentos en orden consecutivo por día y mes.

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" podrá realizar programas de verificación a través del personal que designe cada Unidad Médica para comprobar que los bienes que suministra el proveedor cumple con las especificaciones que fueron solicitadas en el presente requerimiento.

Adicionalmente se integrará en la documentación de pago, las órdenes de compra emitidas en el sistema Pla.C.A. Web de las unidades médicas de segundo nivel, Anexo 4 (cuatro).

- **3.- Pago:**

El pago se realizará a los 8 (ocho) días para alimentos perecederos y 20 (veinte) días para los abarrotes, a la entrega del proveedor de los siguientes documentos;

Documento que se deben presentar en ventanilla:

Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI), que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 29-A del Condigo Fiscal de la Federación, en la que se indique:
Numero de proveedor;
Numero de fianza y denominación social de la afianzadora;183
Numero de contrato y;

Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS) positiva y vigente.
El pago se efectuara en moneda nacional en los plazos señalados, una vez que se reciba la factura electrónica que reúna los requisitos fiscales correspondientes, las cuales deberán ser entregadas previa autorización (firmas) en Unidades Médicas del Régimen Ordinario: en calle Violetas No 1007, Col. Reforma, C.P. 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, para la emisión del contra – recibo de pago correspondiente, en horario de 9:00 a 13:00 horas, de lunes a viernes y en días hábiles.

Se especifica que en el monto máximo asignado a los proveedores no se considerará el agotamiento de partidas específicas, es decir que el monto máximo asignado será susceptible de ejercer aun cuando exista agotamiento en una partida o varias en específico.

- **4.- El porcentaje de garantía de cumplimiento del contrato será del 10% con una afianzadora.**
- **5.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y/o servicios y Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente:**

  Garantía de los Bienes

PENAS CONVENCIONALES. - De conformidad con lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, "EL

INSTITUTO" aplicará penas convencionales a "EL PROVEEDOR", por atraso e incumplimiento en los días y horarios pactados para la prestación del servicio contratado, será del 2.5 % diario sobre el valor de total de lo incumplido y sin considerar el Impuesto al Valor Agregado en cada uno de los supuestos siguientes:

No.	CONCEPTO U OBLIGACIÓN (SUPUESTO)	NIVEL DE SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DEDUCCIÓN
1	Por atraso en el cumplimiento de los horarios pactados de entrega y distribución de los bienes conforme al plazo establecido en la orden de compra, anexo 3 (tres).	Entrega de los bienes amparados en el Pedido, dentro del periodo de tiempo establecido, cumpliendo con las condiciones de entrega establecidas en las bases del proceso de contratación.	Entrega fuera de los horarios establecidos.	Se aplicará el equivalente al 0.357% (cero punto trescientos cincuenta y siete por ciento) por cada treinta minutos de atraso, sin exceder el 2.5% (dos puntos cinco por ciento) diario sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, hasta las 13.30 horas.
2	Por atraso en el cumplimiento de los horarios pactados de entrega y distribución de los bienes conforme al plazo establecido en la orden de compra, anexo 3 (tres).	Entrega de los bienes amparados en el Pedido, dentro del periodo de tiempo establecido, cumpliendo con las condiciones de entrega establecidas en las bases del proceso de contratación.	Entrega fuera de los horarios establecidos.	Cuando transcurrido el horario estipulado no se hubiera cumplido con la reposición o se incurra en incumplimiento con dicha reposición de los bienes, se aplicará el 2.5% (dos punto cinco por ciento) diario, sobre el valor total de lo incumplido sin incluir el IVA, a partir de la hora señalada para su recepción.
3	Por atraso en el cumplimiento de los horarios pactados de entrega y distribución de los bienes conforme al plazo establecido en la orden de compra, anexo 3 (tres).	Entrega de los bienes amparados en el Pedido, dentro del periodo de tiempo establecido, cumpliendo con las condiciones de entrega establecidas en las bases del proceso de contratación.	Entrega fuera de los horarios establecidos.	La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido en la presente convocatoria, que es del 2.5 % (dos punto cinco por ciento) aplicado al valor de los bienes entregados con atraso, la que no deberá de ser mayor a la parte proporcional del importe de la garantía de cumplimiento de la partida. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

Una vez alcanzado el límite señalado para la(s) pena(s) convencional(es), se procederá a hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato, siendo proporcional al monto de las obligaciones incumplidas.
El proveedor autorizará al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir al propio proveedor.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96 del Reglamento de la LAASSP, no se aceptará la estipulación de penas convencionales, ni intereses moratorios a cargo del Instituto.
La pena convencional por incumplimiento se calculará por cada día de incumplimiento hasta un máximo de 4 días, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de los servicios prestados 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.

El administrador del presente contrato será el encargado de determinar, calcular y notificar a "EL PROVEEDOR" 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 instrumentos jurídicos, y comunicar los incumplimientos.
"EL INSTITUTO" descontará las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deba cubrir "EL PROVEEDOR". Por lo tanto "EL PROVEEDOR" autoriza a descontar las cantidades que resulten de aplicar las sanciones señaladas en los párrafos anteriores, sobre los pagos que a éste deba cubrirle a "EL INSTITUTO" durante el periodo en que incurra y/o se mantenga en incumplimiento con motivo del suministro de los servicios.

Para autorizar el pago de los servicios, previamente "EL PROVEEDOR" tiene que haber cubierto las penas convencionales aplicables conforme a lo dispuesto en el contrato. El administrador del contrato será el responsable de verificar que se cumpla esta obligación, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la conclusión del incumplimiento.

PENAS DEDUCTIVAS.- De conformidad con lo establecido en el artículo 53 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, "EL INSTITUTO" aplicará penas deductivas a "EL PROVEEDOR", cuando exista incumplimiento parcial o deficiente en el servicio contratado, por el 1 % por cada hora de atraso, calculadas sobre el valor del servicio o concepto incumplido y sin considerar el Impuesto al Valor Agregado descontando las cantidades que resulten de aplicar la pena deductiva, sobre los pagos que deba cubrir "EL PROVEEDOR". Por lo tanto "EL PROVEEDOR" autoriza a descontar las cantidades que resulten de aplicar las sanciones señaladas, sobre los pagos que a éste deba cubrirle a "EL INSTITUTO" sobre el incumplimiento parcial o deficiente con motivo del suministro de los servicios.
Para autorizar el pago de los servicios, previamente "EL PROVEEDOR" tiene que haber cubierto las penas deductivas aplicables conforme a lo dispuesto en el contrato. El administrador del contrato será el responsable de verificar que se cumpla esta obligación, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la conclusión del incumplimiento.

Cuando "EL PROVEEDOR" no haya suministrado los bienes que le hayan sido requeridos dentro del plazo señalado considerando este plazo como entrega oportuna y un máximo de cuatro días con atraso.

PENA CONVENCIONAL. - Por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, a partir del día siguiente en que se concluya el plazo de entrega de los bienes de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de los bienes suministrados con atraso y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

El proveedor a su vez, autoriza al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deberá cubrir al proveedor, para lo cual deberá presentar firmado y en hoja membretada la autorización de deducción Anexo 8 (ocho).

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

- El Proveedor que resulte adjudicado deberá responder en cualquier caso de los defectos y vicios ocultos de los bienes, objeto del presente contrato, tanto durante el tiempo de vigencia del contrato, como durante la vida útil del producto, debiendo canjear los bienes.

- Plazo para notificar al proveedor

  Durante las dos horas siguientes después de la recepción. Para las partidas de Abarrotes el período será dentro de las 24 (veinticuatro) horas, cuando se compruebe que por la naturaleza propia del alimento y no obstante, haber sido mantenido conforme a las condiciones adecuadas de temperatura, éste sufra alteraciones fisicoquímicas.

- Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

  Durante las dos horas siguientes después de la recepción, a través del "formato para canje y/o reposición de alimentos nd-34" del procedimiento 2660-003-013 anexo 5 (cinco). Para las partidas de Abarrotes el período será dentro de las 24 (veinticuatro) horas, cuando se compruebe que por la naturaleza propia del alimento y, no obstante, haber sido mantenido conforme a las condiciones adecuadas de temperatura, éste sufra alteraciones fisicoquímicas. El horario de canje será de las 8:00 hrs. a las 10:00 hrs. después del reporte de los usuarios.
  Todos los gastos que se generen con motivo del canje o devolución correrán por cuenta del proveedor, previa notificación del IMSS.

  El proveedor 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 a terceros, en la entrega y distribución de los bienes en las condiciones precisadas (defectos de calidad, marcas distintas de las ofertadas, vicios ocultos, etc.)

- Caducidad de los bienes

El periodo máximo de caducidad de los alimentos a entregar debe ser de acuerdo a la siguiente tabla:

Subgrupo	Periodo máximo de caducidad
Derivados lácteos	Un mes
Pan de caja	15 días
Tortilla Industrializada	1 semana
Nieves y Helados	Un mes
Colaciones	24 Hrs
Abarrotes (cereales, leguminosas, azúcares, condimentos)	Tres meses
Leche Fluida ultra pasteurizada	Tres meses
Jugos y Concentrados	Tres meses
Carne en General y Huevo	En carnes frescas se evalúan las características fisicoquímicas. Huevo 1 semana.
Productos de Salchichonería	1 semana
Frutas y Vegetales	Se evalúan las características fisicoquímicas.

- Periodo de garantía.

  - "EL PROVEEDOR" se compromete a garantizar cada uno de sus servicios en el entendido de que, si hubiere algún reporte por errónea realización de los servicios por parte del administrador del contrato, volverá a realizarlos sin costo alguno para el "INSTITUTO", independientemente de responder por cada una de las garantías estipuladas en los conceptos que así lo requieran.

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

Características mínimas con las que debe contar el establecimiento

Presentar en original o copia simple para cotejo, Aviso de Funcionamiento correspondiente del establecimiento donde operará el licitante, expedido por Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, en el cual se indique que la actividad del establecimiento corresponde al comercio de víveres acorde al grupo en el que participe.

Presentar en original o copia simple para cotejo, el contrato celebrado con una empresa autorizada por la Secretaría de Salud para proporcionar el servicio de control de plagas del 01 de enero al 31 de diciembre del 2026 y los certificados de fumigación que amparen los servicios brindados en el establecimiento, en el periodo del 01 de enero al 30 de diciembre del 2026.

Calidad

1.-El proveedor deberá presentar en original o copia simple para cotejo, los resultados de los exámenes microbiológicos practicados al personal asignado para la preparación, entrega y distribución en las

Unidades Médicas Hospitalarias: **exudado faríngeo, coproparasitoscópico en serie de tres y lecho ungüeal (cultivo de uñas)**. Dichos análisis deberán ser realizados dentro de los últimos 60 días previos a la fecha del acto de presentación y apertura de propuestas.

2.-Los resultados de los análisis clínicos deberán reflejar que el personal se encuentre libre de enfermedades infectocontagiosas, de conformidad con lo establecido en la NOM-251-SSA-2009 "Practicas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios" en su numeral 5.12.1 que a la letra dice: "Debe excluirse de cualquier operación en la que pueda contaminar al producto, a cualquier persona que presente signos como: tos frecuente, secreción nasal, diarrea, vómito, fiebre, ictericia o lesiones en áreas corporales que entren en contacto directo con los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. Solo podrá reincorporarse a sus actividades hasta que se encuentre sana o estos signos hayan desaparecido", y se acreditarán con la presentación de los análisis clínicos solicitados en el inciso anterior (1).

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

GRUPO	DOCUMENTO A PRESENTAR
GRUPO 1. CARNES Y HUEVO 101 - CERDO 103 - EMBUTIDOS 106 - PESCADOS 107 - POLLO 108 - RES 109 - HUEVO	1. Acta de Visita de Verificación Sanitaria realizada por parte de la autoridad sanitaria estatal o municipal (local) que no exceda de 1 año a la fecha de la presente convocatoria. En caso de no haber sido objeto de visita de verificación por la autoridad, podrá presentar el ultimo escrito de solitud de visita de verificación, (documento que compruebe que se solicitó la visita de verificación ante la autoridad sanitaria) Fundamento artículo 255 fracción V del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. 2. Carta de Declaración de Aplicación de la NOM-242-SSA1-2009 para "Productos de pesca frescos, refrigerados, congelados y procesados. Especificaciones sanitarias y métodos de prueba." 3. Carta de Declaración de Aplicación de la NOM-159-SSA1-1996 para huevo únicamente, "Bienes y servicios. Huevo, sus productos y derivados. Disposiciones y especificaciones sanitarias".
GRUPO 2. LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS 201 - LECHE 202 - DERIVADOS LÁCTEOS	1. Acta de Visita de Verificación Sanitaria realizada por parte de la autoridad sanitaria estatal o municipal (local) que no exceda de 1 año a la fecha de la presente convocatoria. En caso de no haber sido objeto de visita de verificación por la autoridad, podrá presentar el ultimo escrito de solitud de visita de verificación, (documento que compruebe que se solicitó la visita de verificación ante la autoridad sanitaria) Fundamento artículo 255 fracción V del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.
GRUPO 3. FRUTAS Y VEGETALES GRUPO 4. CEREALES GRUPO 5. LEGUMINOSAS	1. Acta de Visita de Verificación Sanitaria realizada por parte de la autoridad sanitaria estatal o municipal (local) que no exceda de 1 año a la fecha de la presente convocatoria. En caso de no haber sido objeto de visita de verificación por la autoridad, podrá presentar el ultimo escrito de solitud de visita de verificación, (documento que compruebe que se solicitó la visita de verificación ante la autoridad sanitaria) Fundamento artículo 255 fracción V del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

GRUPO	DOCUMENTO A PRESENTAR
GRUPO 6. AZÚCARES GRUPO 7. GRASAS GRUPO 8. CONDIMENTOS	1. Acta de Visita de Verificación Sanitaria realizada por parte de la autoridad sanitaria estatal o municipal (local) que no exceda de 1 año a la fecha de la presente convocatoria. En caso de no haber sido objeto de visita de verificación por la autoridad, podrá presentar el ultimo escrito de solitud de visita de verificación, (documento que compruebe que se solicitó la visita de verificación ante la autoridad sanitaria) Fundamento artículo 255 fracción V del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

a) Documentación técnica necesaria como pueden ser: folletos, catálogos, fotografías, manuales entre otros, en caso de que se requieran para comprobar sus especificaciones.

Se requiere etiquetas y fotos donde se puede visualizar el contenido nutricional, marca comercial y presentación de los subgrupos de: derivados lácteos, productos de salchichería, pan (pan fresco y pan de caja), nieves y helados, abarrotes (cereales, leguminosas, azúcares, condimentos), leche fluida, jugos y concentrados.

Catalogo indicando el número de partida, descripción y Unidad Hospitalaria para la que participa, descripción del producto, marca y precio ofertado con precios fijos hasta el 31 de diciembre de 2026. Toda la información ofertada que será lo que se obliga el proveedor a entregar al instituto, misma que tendrá que ser congruente con su oferta técnica, y que será la marca que surta durante la vigencia del contrato. (Los catálogos serán facilitados a todas las unidades una vez adjudicado el producto al proveedor).

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

"El Instituto" podrá realizar programas de verificación a través del personal que designe cada Unidad Médica para comprobar que los víveres que suministra el proveedor cumplen con las especificaciones que fueron solicitadas en el presente requerimiento"

c) Si se requiere efectuar visitas a las instalaciones de los licitantes. Se deberá precisar puntualmente, el objeto y el resultado que se espera obtener de la misma, a efecto de que se plasme en la convocatoria.
Se realizará visitas si así lo requiere.

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

- **A.** Escrito libre Bajo Protesta de Decir Verdad, en el que manifieste que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica, en términos del artículo 40 fracción VI**. ANEXO 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 inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX**. ANEXO B**

C. Presentar declaración de integridad, en la que manifiesten, bajo protesta de decir verdad, que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas, para que las personas servidoras públicas de la dependencia o entidad induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes; así como, de incorporar durante la vigencia de los contratos a personas que se encuentren inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción X**, ANEXO C.**

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

E. Presentar un escrito en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad, que no ejecuta con otro participante acciones que impliquen o tengan por objeto obtener un beneficio o ventaja indebida en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XX de la Ley**, ANEXO E.**

F. Escrito en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad que, en caso de resultar ganador, no podrá subcontratar a otro licitante que haya participado en el procedimiento, en términos del artículo 40 fracción XXI de la Ley**, ANEXO F.**

G. Los licitantes con carácter de MIPYMES, deberán presentar copia del documento expedido por autoridad competente, que determine su estratificación como micro, pequeña o mediana empresa; o bien un escrito en el cual manifiesten bajo protesta de decir verdad que cuentan con ese carácter, conforme al **ANEXO G** de las presentes bases.

H. Escrito 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 a**l Anexo** 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.

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).
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

ANEXO

ACREDITACIÓN DEL PARTICIPANTE

_____(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 INVMER-___-2026, a nombre y representación de: ___(persona física o moral)___.
_____.

Registro Federal de Contribuyentes: _____ Numero de Proveedor IMSS: _____

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:
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:
Descripción del objeto social:

Reformas al acta constitutiva que incidan con el objeto del procedimiento.

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)
REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO
Cuestionario

Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-131-2026

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado:

Se requiere que el bien que oferte cumpla a cabalidad con las especificaciones solicitadas en los "Términos y Condiciones".
Solo se deberá proporcionar precio para los bienes que este en posibilidades de atender al 100% del requerimiento 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	

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor.

¿Su empresa se dedica a la venta de los bienes 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 la ventas de los bienes 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 bienes y las condiciones bajo las que se adquirirán los bienes	SI	NO
1 ¿Su representada cumple con las especificaciones solicitadas de acuerdo al Anexo 1 (Uno)?		

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

2 ¿Su cotización está vigente hasta el 31 de Diciembre del 2026?		
3 ¿Cuenta con capacidad de respuesta inmediata para el suministro del servicio que en la presente se especifican?		
4 ¿Cuenta con los recursos técnicos para cumplir con la calidad de los bienes que se relacionan en la presente?		
5 ¿Cuenta los recursos financieros para soportar el crédito hasta el plazo de pago establecido en la presente investigación?		
6 ¿Cuenta con la infraestructura que garantice el suministro de los bienes, motivo de la presente investigación?		
7 ¿Cuenta con compañías afianzadoras que le expidan de inmediato pólizas de fianza para garantizar el cumplimiento de los contratos que pudieran derivar 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 26 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico (LAASSP).

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

Atentamente

Nombre y Firma autógrafa del Representante Legal

ANEXO PARTICIPACIÓN CONJUNTA

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:

I.1 **"EL PARTICIPANTE A"**, DECLARA QUE:

1.1.1 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 NACIONAL_____.

3.1.2 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 31 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 NACIONAL NÚMERO _____ Y EN CASO DE SER ADJUDICATARIO DEL CONTRATO, SE OBLIGAN A ENTREGAR LOS BIENES 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 A LOS BIENES QUE SE ENTREGUEN AL IMSS, CON MOTIVO DEL CONTRATO QUE SE DERIVE DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 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 NACIONAL 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 FALLO EMITIDO EN LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 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**

ANEXO 2
COTIZACIÓN

NÚM. DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO. _____

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

NOMBRE DEL COTIZANTE: _____ **DOMICILIO:** _____

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

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( )

N.P.	GPO	GEN	ESP	GRUPO	UNIDAD MEDICA/ADMVA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA	CANT. MÍNIMO	CANT. MÁXIMO	P.U.	MARCA	PAIS DE ORIGEN	IMP. MINIMO	IMP. MAXIMO
													SUBTOTAL		
													IVA		
													TOTAL		

NOTAS: *EL(LOS) PRECIOS(S) PROPUESTO(S), PERMANECERÁ(N) FIJO(S) AL 31 de diciembre de 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

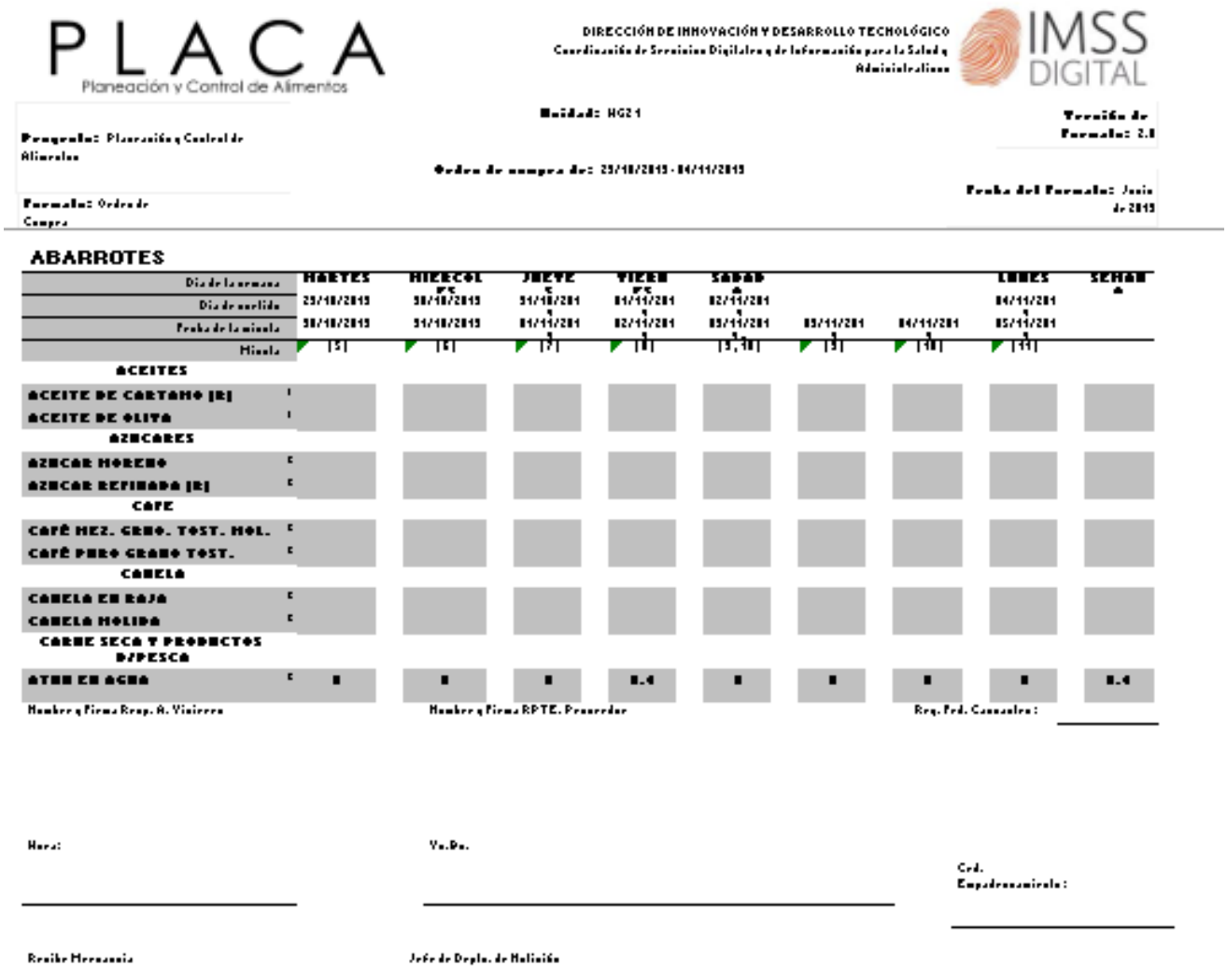
NOTA: <u>Si el licitante, es una persona física, se podrá ajustar el presente formato, en su parte conducente</u>.

ANEXO 3 (TRES)
Horarios de Recepción de los víveres.

UNIDAD	GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE ENTREGA	DIA DE ENTREGA	HORARIO
HGSZ 41	ABARROTES	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	JUGOS Y CONCENTRADOS	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	CARNE EN GENERAL Y HUEVO	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	PRODUCTOS DE SALCHICHONERIA	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	FRUTAS Y VEGETALES	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	LECHE FLUIDA	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.
	DERIVADOS LACTEOS	DIARIA	LUNES A DOMINGO	07:00-08:30 HRS.

ANEXO 4 (CUATRO)

Orden de compra Orden de compra Hospital General de HGZ 01.



PLACA
Planeación y Control de Alimentos

DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECHNOLÓGICO
Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos
IMSS DIGITAL

Unidad: HGZ 1

Versión de Formato: 2.1

Programa: Planeación y Control de Alimentos

Orden de compra de: 25/10/2015 - 04/11/2015

Formato: Orden de Compra

Fecha del Formato: Junio de 2015

ABARROTES

Día de la semana		MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO			LUNES	DOMINGO
Día de surtido		27/10/2015	28/10/2015	29/10/2015	30/10/2015	31/10/2015			02/11/2015	
Fecha de la minuta		28/10/2015	29/10/2015	30/10/2015	31/10/2015	01/11/2015	02/11/2015	03/11/2015	04/11/2015	
Minuta		5	6	7	8	9, 10	9	10	11	
ACEITES										
ACEITE DE CARTAMO [R]	I									
ACEITE DE OLIVA	I									
AZUCARES										
AZUCAR MORENA	E									
AZUCAR REFINADA [R]	E									
CAFE										
CAFÉ MEZ. GRNO. TOST. MOL.	E									
CAFÉ PURO GRANO TOST.	E									
CANELA										
CANELA EN RAJA	E									
CANELA MOLIDA	E									
CARNE SECA Y PRODUCTOS D/PESCA										
ATUN EN AGUA	E	1	1	1	1.4	1	1	1	1	1.4

Nombre y Firma Resp. A. Vigilancia

Nombre y Firma RPTE. Proveedor

Req. Prd. Consumibles:

Hora:

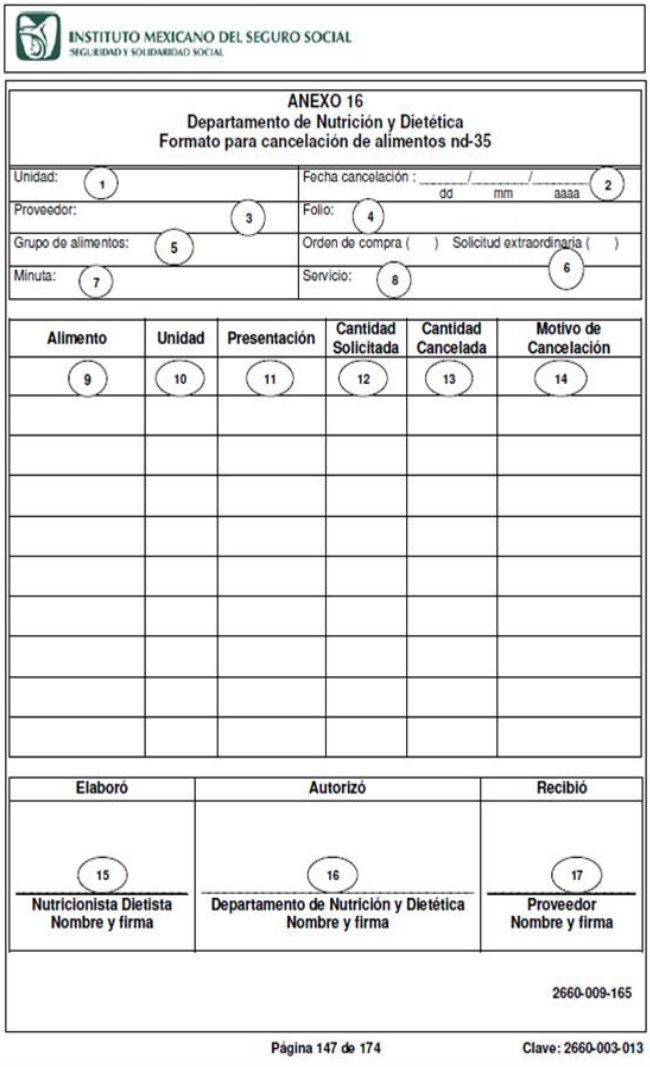
Vo.Bo.

Cvd. Empadronamiento:

Recibe Mercancía

Jefe de Depto. de Nutrición

ANEXO 5 (CINCO)
Formato para cancelación de alimentos nd-35



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 16
Departamento de Nutrición y Dietética
Formato para cancelación de alimentos nd-35

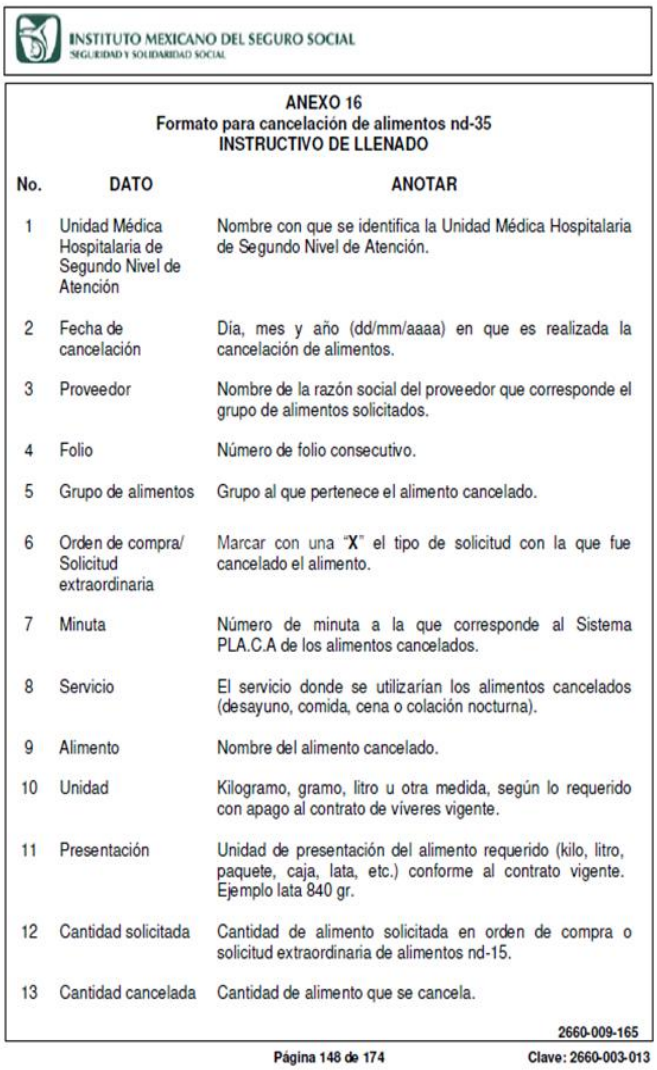
Unidad: (1)	Fecha cancelación : ____/____/____ (2) dd mm aaaa
Proveedor: (3)	Folio: (4)
Grupo de alimentos: (5)	Orden de compra ( ) Solicitud extraordinaria ( ) (6)
Minuta: (7)	Servicio: (8)

Alimento	Unidad	Presentación	Cantidad Solicitada	Cantidad Cancelada	Motivo de Cancelación
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

Elaboró	Autorizó	Recibió
(15)	(16)	(17)
Nutricionista Dietista Nombre y firma	Departamento de Nutrición y Dietética Nombre y firma	Proveedor Nombre y firma

2660-009-165

Página 147 de 174 Clave: 2660-003-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

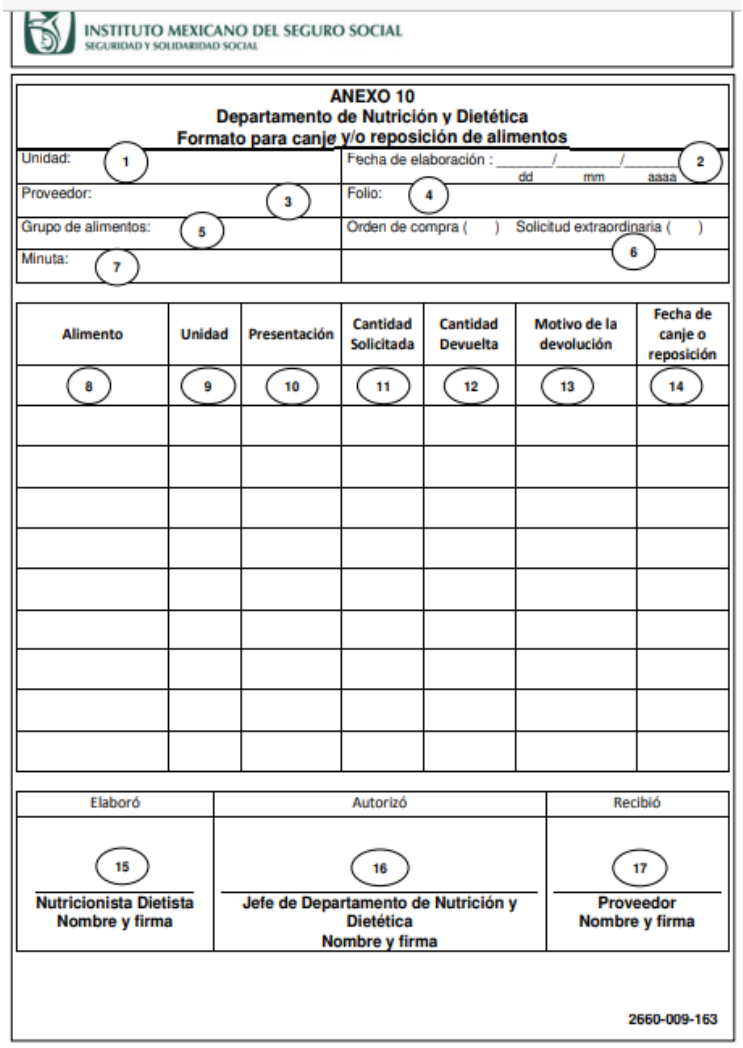
ANEXO 16
Formato para cancelación de alimentos nd-35
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención	Nombre con que se identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.
2	Fecha de cancelación	Día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que es realizada la cancelación de alimentos.
3	Proveedor	Nombre de la razón social del proveedor que corresponde el grupo de alimentos solicitados.
4	Folio	Número de folio consecutivo.
5	Grupo de alimentos	Grupo al que pertenece el alimento cancelado.
6	Orden de compra/ Solicitud extraordinaria	Marcar con una "**X**" el tipo de solicitud con la que fue cancelado el alimento.
7	Minuta	Número de minuta a la que corresponde al Sistema PLA.C.A de los alimentos cancelados.
8	Servicio	El servicio donde se utilizarían los alimentos cancelados (desayuno, comida, cena o colación nocturna).
9	Alimento	Nombre del alimento cancelado.
10	Unidad	Kilogramo, gramo, litro u otra medida, según lo requerido con apago al contrato de víveres vigente.
11	Presentación	Unidad de presentación del alimento requerido (kilo, litro, paquete, caja, lata, etc.) conforme al contrato vigente. Ejemplo lata 840 gr.
12	Cantidad solicitada	Cantidad de alimento solicitada en orden de compra o solicitud extraordinaria de alimentos nd-15.
13	Cantidad cancelada	Cantidad de alimento que se cancela.

2660-009-165

Página 148 de 174 Clave: 2660-003-013

ANEXO 6 (SEIS)
Formato para canje y/o reposición de alimentos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

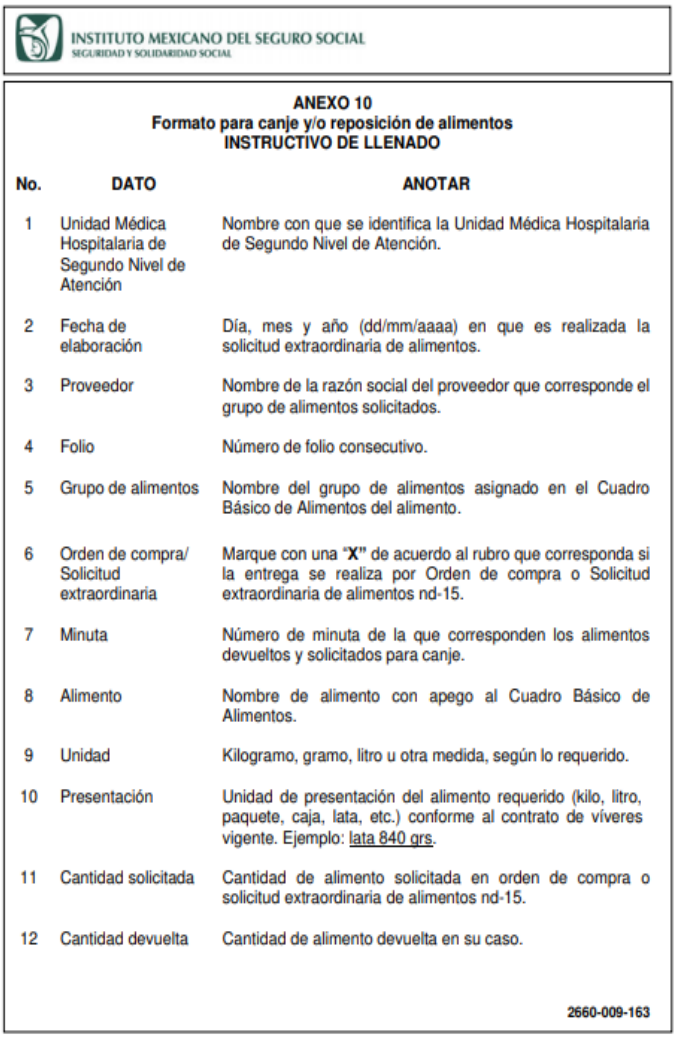
ANEXO 10
Departamento de Nutrición y Dietética
Formato para canje y/o reposición de alimentos

Unidad: (1)	Fecha de elaboración : ____/____/____ (2) (dd mm aaaa)
Proveedor: (3)	Folio: (4)
Grupo de alimentos: (5)	Orden de compra ( ) Solicitud extraordinaria ( ) (6)
Minuta: (7)	

Alimento	Unidad	Presentación	Cantidad Solicitada	Cantidad Devuelta	Motivo de la devolución	Fecha de canje o reposición
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

Elaboró	Autorizó	Recibió
(15) **Nutricionista Dietista Nombre y firma**	(16) **Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética Nombre y firma**	(17) **Proveedor Nombre y firma**

2660-009-163



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 10
Formato para canje y/o reposición de alimentos
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención	Nombre con que se identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.
2	Fecha de elaboración	Día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que es realizada la solicitud extraordinaria de alimentos.
3	Proveedor	Nombre de la razón social del proveedor que corresponde el grupo de alimentos solicitados.
4	Folio	Número de folio consecutivo.
5	Grupo de alimentos	Nombre del grupo de alimentos asignado en el Cuadro Básico de Alimentos del alimento.
6	Orden de compra/ Solicitud extraordinaria	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda si la entrega se realiza por Orden de compra o Solicitud extraordinaria de alimentos nd-15.
7	Minuta	Número de minuta de la que corresponden los alimentos devueltos y solicitados para canje.
8	Alimento	Nombre de alimento con apego al Cuadro Básico de Alimentos.
9	Unidad	Kilogramo, gramo, litro u otra medida, según lo requerido.
10	Presentación	Unidad de presentación del alimento requerido (kilo, litro, paquete, caja, lata, etc.) conforme al contrato de víveres vigente. Ejemplo: lata 840 grs.
11	Cantidad solicitada	Cantidad de alimento solicitada en orden de compra o solicitud extraordinaria de alimentos nd-15.
12	Cantidad devuelta	Cantidad de alimento devuelta en su caso.

2660-009-163

ANEXO 7 (SIETE)
Lineamiento para la selección y recepción de alimento

Alimento	Atributos	Recibir	Rechazar
Quesos frescos o quesos madurados	Color	Uniforme.	Anormal.
	Olor	Característico.	Con olores extraños. Contaminado con hongos en productos que no fueron inoculados.
	Textura	Bordes limpios y enteros.	Con mohos o partículas extrañas.
	Procedencia	Elaborado a base de leche pasteurizada y en su empaque original al alto vacío. Fecha de caducidad vigente.	Que no sea de leche pasteurizada, sin especificar fecha de caducidad o vencida.
Mantequilla	Color	Característico.	Anormal.
	Olor	Característico.	Rancio.
	Apariencia	Sin partículas extrañas.	Con partículas extrañas o moho
	Temperatura	Máximo 4º c.	A más de 4º c.
	Procedencia	Elaborado a base de leche pasteurizada. Fecha de caducidad vigente.	No ser de leche pasteurizada, sin especificar fecha de caducidad en la envoltura o estar vencida.
Frutas y verduras	Color	Característico.	No característico.
	Olor	Característico.	Mal olor.
	Apariencia	Recibirse en estado óptimo de maduración, revisar escala de maduración, estación del año, considerar fecha para su consumo y manejarse con cuidado para evitar magullamiento.	Aquellos que presenten mohos, materia extraña, decoloración, magulladuras o mal olor.
	Textura	Firme, elástica y ligeramente húmeda.	Superficie viscosa o con lama.
Carnes frescas	Color	Característico. Res rojo brillante, cordero rojo, cerdo rosa pálido, grasa de origen animal blanca o ligeramente amarilla	No característico. verdosa o café obscuro, descolorida en el tejido elástico
	Textura	Firme, elástica y ligeramente húmeda.	Superficie viscosa pegajosa o con lama.
	Temperatura	Máxima de 4º C. Fecha de caducidad vigente. Etiquetado marca y gramaje.	Fecha de caducidad vencida. Sin etiqueta de marca correspondiente.
	Olor	Característico.	Putrefacto, agrio mal olor.
Carnes frías	Color	Característico.	No característico.
	Textura	Firme, elástica y ligeramente húmeda.	Superficie viscosa o con lama.
	Temperatura	Máxima de 4ºC. Fecha de caducidad vigente Etiquetado marca y gramaje.	Fecha de caducidad vencida. Sin etiqueta de marca. correspondiente
	Olor	Característico.	Mal olor.

ANEXO 8 (OCHO)

Direcciones y responsables de la entrega recepción en las unidades médicas.

No	UNIDAD MEDICA	DIRECCIÓN	RESPONSABLE	CARGO	CORREO
4	Hospital de Zona N°01 Oaxaca	Calzada Héroes de Chapultepec 621 Colonia Centro Oaxaca de Juarez. cp. 68000	NTTA-DTTA Elizabeth Martinez Amaya	NTTA DTTA	adriana.jimenezc@imss.gob.mx

ANEXO A

FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICIÓN LEGAL.

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 DEL NUMERAL **FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER** No._____, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

- Bajo Protesta de Decir Verdad, que cuento con facultades suficientes para comprometerme por mí (personas físicas); por mí representada (personas morales), sin que resulte necesario acreditar su personalidad jurídica, en términos del artículo 40 fracción VI.

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 DEL NUMERAL **FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER** No._____, 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 licitante, como los socios o asociados, no se encuentran inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción IX.

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 DEL NUMERAL **FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER** No._____, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

Bajo protesta de decir verdad, que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas, para que las personas servidoras públicas de la dependencia o entidad induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes; así como, de incorporar durante la vigencia de los contratos a personas que se encuentren inhabilitadas, conforme a lo previsto en el artículo 40 fracción X.

LUGAR Y FECHA

_____

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO 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 DEL NUMERAL 4 REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR **FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER** No.._____, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

_____
(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO 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_____) I FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER.**_____, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

_____

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO 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 DEL NUMERAL **FORMATO DE CARTA RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL A LA INVMER** No._____, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

_____
(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

ANEXO G

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

NOTA: El licitante 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 al procedimiento _____No. _____en el que mi representada. la empresa _____ participa 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 ( )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:_____

ATENTAMENTE

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO

"FORMATO PARA SEÑALAR EL DOMICILIO LEGAL Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA (CORREO ELECTRÓNICO) PARA OIR Y RECIBIR TODO TIPO DE NOTIFICACIONES PARA LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO".

MEMBRETE O LOGOTIPO DEL PROVEEDOR

FECHA_____

Instituto Mexicano del Seguro Social.
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Oaxaca
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento
Presente.

Con relación a la **SOLICITUD DE COTIZACIÓN INVMER - - 2026** inherente a la _____**DE ESTE ÓRGANO DE OPERACIÓN DESCONCENTRADA OAXACA,** el **C.**_____ Representante legal de la empresa _____ _____
Señalo como domicilio legal para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en:

Calle: _____, Número:_____, Col. _____, Municipio o delegación:_____, Código Postal:_____, Estado:_____.
Teléfono fijo: _____.
Teléfono Celular: _____.
Fax: _____.
Correo (s) electrónico (s): _____.
Asimismo relaciono el nombre (s) del personal encargado de la recepción y confirmación de los requerimientos:

ACEPTANDO A RECIBIR TODA CLASE DE DOCUMENTOS Y/O NOTIFICACIONES, INCLUSO LAS DE CARÁCTER PERSONAL MEDIANTE EL CORREO MANIFESTADO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 35 FRACCIÓN II, DEL CAPITULO SEXTO, DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO; DEBIENDO MANIFESTAR POR ESCRITO A "EL INSTITUTO" CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO.

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O NOMBRE
Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA MORAL).

ANEXO
Autorización de deducción

MEMBRETE DE LA EMPRESA

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN.
Fecha: _____.
Licitación No.
Contratación del suministro de víveres por el periodo 01 de agosto al 31 de diciembre 2026
PRESENTE:
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 bien mal entregado, atender un bien 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 bienes solicitados con un tercero y mi representada se hará cargo del pago directo al tercero que se le hayan contratado los bienes 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 bienes que si hayan sido realizados.

Atentamente
Nombre y Firma del Representante legal.

ANEXO 09 (NUEVE)

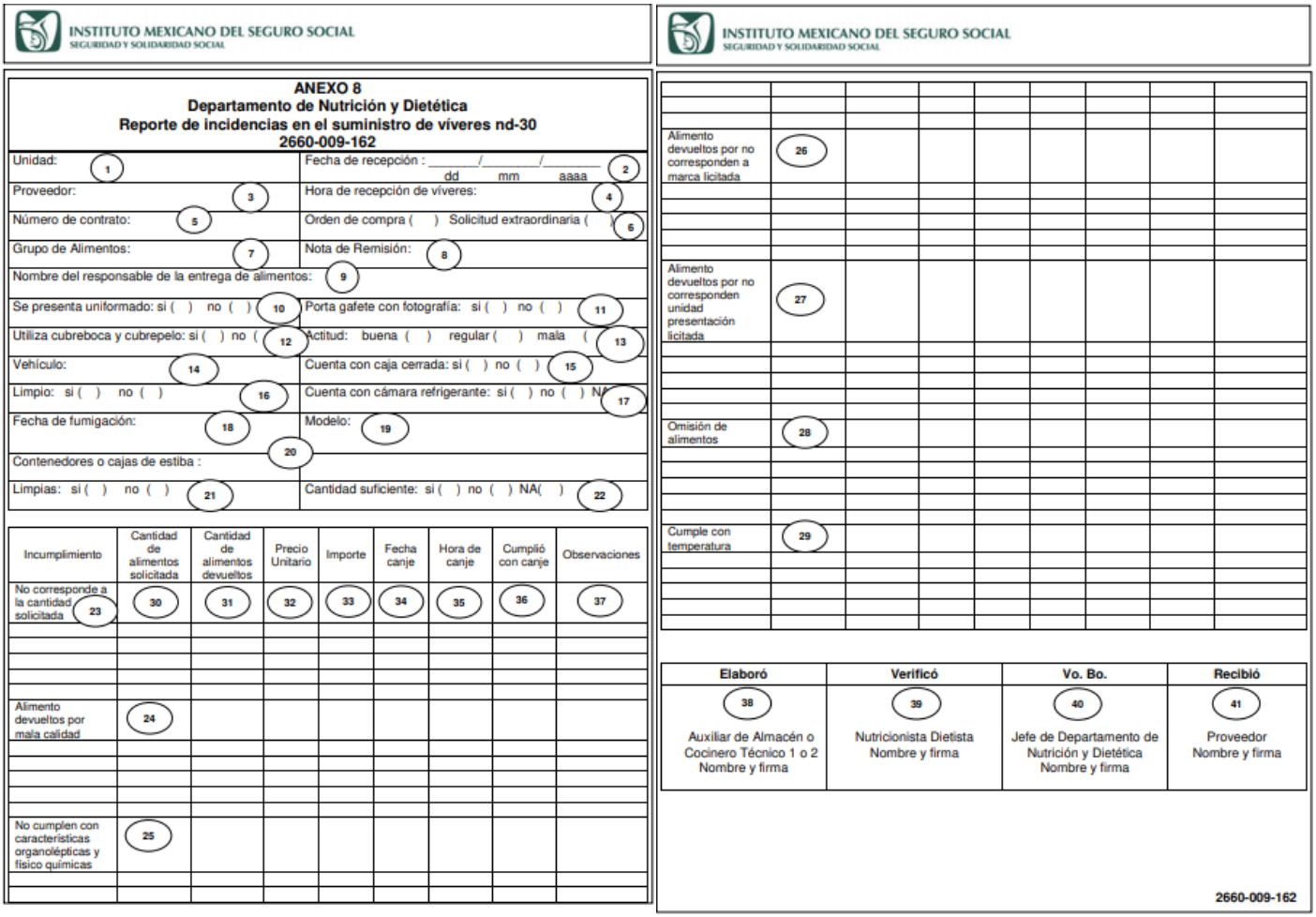
Vehículos solicitados para la entrega y distribución de los bienes

Grupo	Número de Vehículos	Tipo	Modelo	Año	Fecha De Verificación
				2016	

_____

Firma del Representante Legal

ANEXO 10 (DIEZ)
Reporte de incidencias en el suministro de víveres nd-30.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 8
Departamento de Nutrición y Dietética
Reporte de incidencias en el suministro de víveres nd-30
2660-009-162

Unidad: 1	Fecha de recepción : ____/____/____ (dd mm aaaa) 2
Proveedor: 3	Hora de recepción de víveres: 4
Número de contrato: 5	Orden de compra ( ) Solicitud extraordinaria ( ) 6
Grupo de Alimentos: 7	Nota de Remisión: 8
Nombre del responsable de la entrega de alimentos: 9	
Se presenta uniformado: si ( ) no ( ) 10	Porta gafete con fotografía: si ( ) no ( ) 11
Utiliza cubreboca y cubrepelo: si ( ) no ( ) 12	Actitud: buena ( ) regular ( ) mala ( ) 13
Vehículo: 14	Cuenta con caja cerrada: si ( ) no ( ) 15
Limpio: si ( ) no ( ) 16	Cuenta con cámara refrigerante: si ( ) no ( ) NA 17
Fecha de fumigación: 18	Modelo: 19
Contenedores o cajas de estiba : 20	
Limpias: si ( ) no ( ) 21	Cantidad suficiente: si ( ) no ( ) NA( ) 22

Incumplimiento	Cantidad de alimentos solicitada	Cantidad de alimentos devueltos	Precio Unitario	Importe	Fecha canje	Hora de canje	Cumplió con canje	Observaciones
No corresponde a la cantidad solicitada 23	30	31	32	33	34	35	36	37
Alimento devueltos por mala calidad	24							
No cumplen con características organolépticas y físico químicas	25							
Alimento devueltos por no corresponden a marca licitada	26							
Alimento devueltos por no corresponden unidad presentación licitada	27							
Omisión de alimentos	28							
Cumple con temperatura	29							

Elaboró	Verificó	Vo. Bo.	Recibió
38 Auxiliar de Almacén o Cocinero Técnico 1 o 2 Nombre y firma	39 Nutricionista Dietista Nombre y firma	40 Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética Nombre y firma	41 Proveedor Nombre y firma

2660-009-162

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 8
Reporte de incidencias en el suministro de víveres nd-30
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención	Nombre con que se identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.
2	Fecha de recepción	Día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que se realiza la recepción de víveres.
3	Proveedor	Nombre de la razón social del proveedor que corresponde el grupo de alimentos solicitados.
4	Hora de recepción de víveres	Hora en que se reciben los víveres.
5	Número de contrato	El número de contrato vigente.
6	Orden de compra Solicitud extraordinaria de alimentos	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda si la entrega se realiza por Orden de compra o por solitud extraordinaria de alimentos nd-15.
7	Grupo de alimentos	Nombre del grupo de alimentos (carnes, fruta, verdura abarrotes, etc.)
8	Nota de remisión	El número de folio correspondiente a la Nota de remisión.
9	Nombre del responsable de la entrega de alimentos	Nombre (s) completo (s), apellido paterno y apellido materno responsable de la entrega de alimentos (proveedor).
10	Se presenta uniformado	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda del responsable de la entrega de alimentos (proveedor).
11	Porta gafete con fotografía	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda del responsable de la entrega de alimentos (proveedor).

2660-009-162

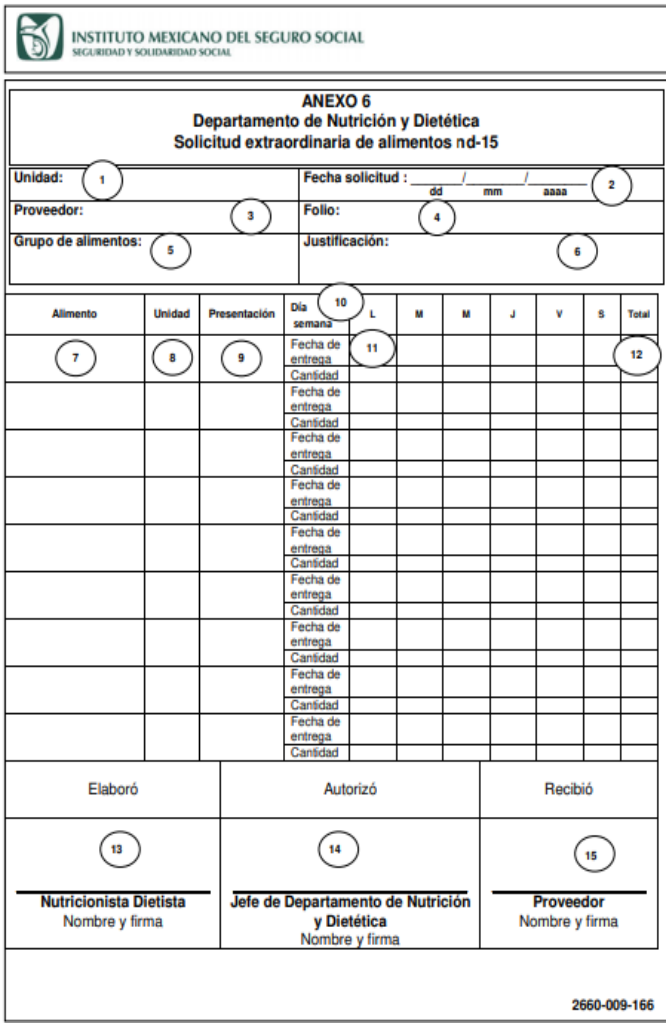
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 8
Reporte de incidencias en el suministro de víveres nd-30
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención	Nombre con que se identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.
2	Fecha de recepción	Día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que se realiza la recepción de víveres.
3	Proveedor	Nombre de la razón social del proveedor que corresponde el grupo de alimentos solicitados.
4	Hora de recepción de víveres	Hora en que se reciben los víveres.
5	Número de contrato	El número de contrato vigente.
6	Orden de compra Solicitud extraordinaria de alimentos	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda si la entrega se realiza por Orden de compra o por solitud extraordinaria de alimentos nd-15.
7	Grupo de alimentos	Nombre del grupo de alimentos (carnes, fruta, verdura abarrotes, etc.)
8	Nota de remisión	El número de folio correspondiente a la Nota de remisión.
9	Nombre del responsable de la entrega de alimentos	Nombre (s) completo (s), apellido paterno y apellido materno responsable de la entrega de alimentos (proveedor).
10	Se presenta uniformado	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda del responsable de la entrega de alimentos (proveedor).
11	Porta gafete con fotografía	Marque con una "**X**" de acuerdo al rubro que corresponda del responsable de la entrega de alimentos (proveedor).

2660-009-162

ANEXO 11 (ONCE)
Solicitud extraordinario de alimentos nd-15.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

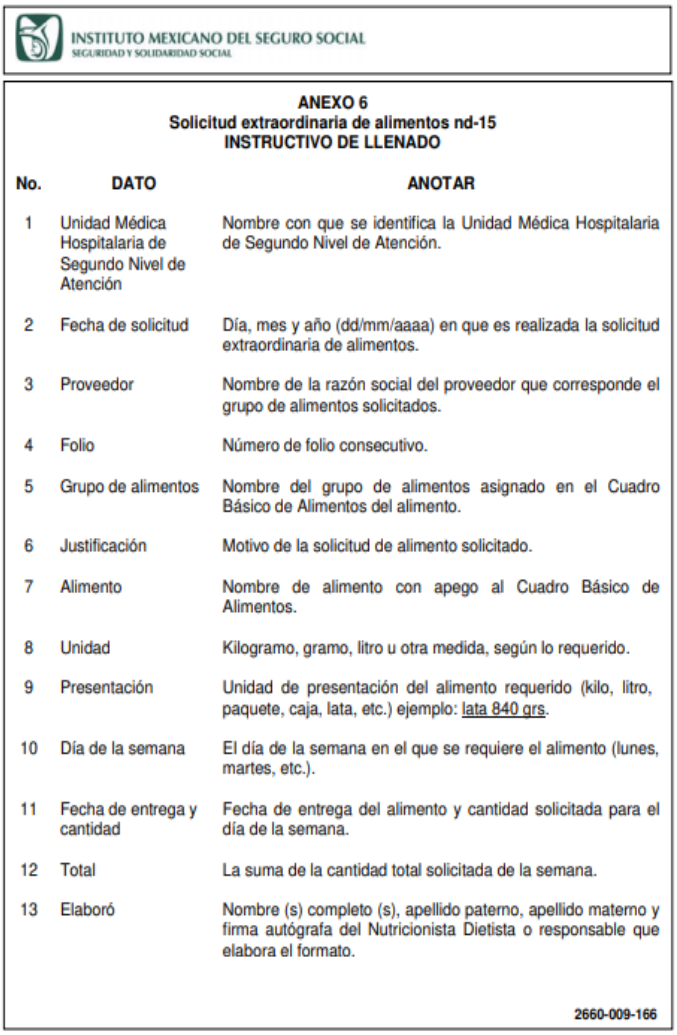
ANEXO 6
Departamento de Nutrición y Dietética
Solicitud extraordinaria de alimentos nd-15

Unidad: (1)	**Fecha solicitud :** ____/____/____ (dd mm aaaa) (2)
Proveedor: (3)	**Folio:** (4)
Grupo de alimentos: (5)	**Justificación:** (6)

Alimento	Unidad	Presentación	Día semana (10)	L	M	M	J	V	S	Total
(7)	(8)	(9)	Fecha de entrega (11)							(12)
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							
			Fecha de entrega							
			Cantidad							

Elaboró	Autorizó	Recibió
(13)	(14)	(15)
Nutricionista Dietista Nombre y firma	**Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética** Nombre y firma	**Proveedor** Nombre y firma

2660-009-166



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 6
Solicitud extraordinaria de alimentos nd-15
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención	Nombre con que se identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención.
2	Fecha de solicitud	Día, mes y año (dd/mm/aaaa) en que es realizada la solicitud extraordinaria de alimentos.
3	Proveedor	Nombre de la razón social del proveedor que corresponde el grupo de alimentos solicitados.
4	Folio	Número de folio consecutivo.
5	Grupo de alimentos	Nombre del grupo de alimentos asignado en el Cuadro Básico de Alimentos del alimento.
6	Justificación	Motivo de la solicitud de alimento solicitado.
7	Alimento	Nombre de alimento con apego al Cuadro Básico de Alimentos.
8	Unidad	Kilogramo, gramo, litro u otra medida, según lo requerido.
9	Presentación	Unidad de presentación del alimento requerido (kilo, litro, paquete, caja, lata, etc.) ejemplo: lata 840 grs.
10	Día de la semana	El día de la semana en el que se requiere el alimento (lunes, martes, etc.).
11	Fecha de entrega y cantidad	Fecha de entrega del alimento y cantidad solicitada para el día de la semana.
12	Total	La suma de la cantidad total solicitada de la semana.
13	Elaboró	Nombre (s) completo (s), apellido paterno, apellido materno y firma autógrafa del Nutricionista Dietista o responsable que elabora el formato.

2660-009-166