

Oaxaca de Juárez, Oax., a 12 de agosto del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0721/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN
FOCON-04
INVMER-135-2026

C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

LA CONTRATACIÓN ADICIONAL DEL SERVICIO SUBROGADO DE ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA PARA PACIENTES DEL HGZ 1 OAXACA, EJERCICIO 2026

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con fundamento en el Artículo 5 fracción VII, 55 y 58 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) 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 a efecto **de cotizar los servicios a través de la Plataforma COMPRAS MX:**

Evento	Fecha	Hora
La fecha límite para recepcionar su proposición.	18/AGOSTO/2026	11:00 HRS.
Periodo de realización y entrega del resultado de la evaluación técnica.	a partir de la recepción de las propuestas	
Fecha del resultado del procedimiento de adjudicación directa.	20/AGOSTO/2026	11:30 HRS



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

ATENTAMENTE

LAE SANDRA ISELA BARZALOBRE ARAGÓN
TITULAR DE LA COORDINACION 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

Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx



ANEXO 1 (UNO) REQUERIMIENTO

No	CUCOP	ESPECIALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DIAS	HORARIOS	LUGAR DE OTORGAMIENTO	CANT MÍN	CANT MÁX
1	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	USG OCULAR MODO A (LIO)	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	20	50
2	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	USG OCULAR MODO B	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	52	130
3	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	YAG LASER	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	2	3
4	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	FLUORANGIOGRAFIAS	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	2	3
5	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIANGIOGENICO CON LASER PARA PREMATURO	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	7	16
6	33901-0007	ESTUDIOS DE OFTALMOLOGIA	VALORACION	ESTUDIO	DE LUNES A VIERNES	DE 8:00 A 20:00 HORAS	EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ	46	115





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

- **1.- Los datos de los servicios a cotizar se describen en el Anexo 1 (Uno) requerimiento.**
- **2.- Condiciones de prestación de los servicios:**

Las solicitudes para la programación de los casos, las realizará la unidad vía telefónica, o correo electrónico, conforme a los datos proporcionados por "EL PROVEEDOR" en el anexo F, Acreditación, este formato también servirá para establecer comunicación con el proveedor o la persona autorizada para la recepción y confirmación de quejas que le formulen las unidades, con horario de 8:00 a 20:00 horas todos los días de la semana.

Los procedimientos deberán programarse por el proveedor en un lapso no mayor a las 48 horas para los pacientes ordinarios, en los casos de urgencias los procedimientos deberán ser programados en un lapso máximo de las 12 horas siguientes a la solicitud del servicio. En caso de que, por causas imputables al proveedor no pueda programarse un estudio o realizarse un procedimiento "El proveedor" deberá de realizar a través de un tercero el estudio requerido en los mismos tiempos señalados 48 horas para los pacientes ordinarios, en los casos de urgencias las citas para los estudios o procedimientos deberán ser otorgadas como máximo dentro de las 6 horas siguientes a la solicitud del servicio sin costo adicional para el instituto. Una vez que la unidad haya realizado la confirmación del servicio, enviará directamente al paciente al domicilio del subrogatario o en las instalaciones del Instituto según corresponda con el formato Solicitud de Subrogación de Servicios (4-30-2/03) debidamente requisitado Anexo 3 (Tres), el cual contendrá invariablemente: el nombre completo del paciente, número de afiliación, el servicio solicitado, certificación de derechos y la firma de autorización, fecha de solicitud y elaboración del estudio o procedimiento de acuerdo a las necesidades en los horarios y días que se detallan en el anexo número 1 (Uno).

Los reportes de resultados de estudios o procedimientos, así como las notas médicas deberán entregarse al Instituto para los estudios ordinarios: dentro de las siguientes 12 horas posteriores a su realización, URGENTES: dentro de las 6 horas posteriores a su realización en papel membretado señalando Nombre del paciente, numero de seguridad social y firmado por el responsable de la realización del estudio o procedimiento,



identificándose con cedula profesional, nombre y firma, el mismo se remitirá vía correo electrónico a los directivos que se señalen por parte del administrador del contrato.

En el caso de que, el proveedor utilice equipo de su propiedad en las instalaciones del Instituto, invariablemente deberá notificar al responsable de bienes al ingreso y egreso para evitar que se pueda extraer equipo Institucional.
un tercero.

El proveedor que acuda a prestar los servicios en las instalaciones de las Unidades, deberán observar para la emisión de sus notas lo estipulado en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.

La información generada en la operación de los servicios subrogados será propiedad del Instituto y sólo podrá ser utilizado por un tercero con el consentimiento expreso del Instituto.

En el supuesto de que "EL PROVEEDOR" para la prestación del servicio requiera de un espacio para resguardar bienes de su propiedad y que éstos sean necesarios para la prestación del servicio; previo al inicio de éste, deberá solicitarlo a "EL INSTITUTO", sin que el hecho de que no le sea proporcionado el espacio, sea un obstáculo para no iniciar en tiempo con la prestación del servicio.

Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de la prestación del servicio establecidas, "EL INSTITUTO" no dará por aceptado el servicio objeto de la presente contratación.

1) El plazo de ejecución será, conforme al artículo 49, al día siguiente del fallo al 31 de diciembre 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.

Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx



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.

a. 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 entrega de bienes y Deducciones por incumplimiento parcial o deficiente:



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 bienes adquiridos, en el plazo otorgado por el tercero y a los precios que este los tenga en el mercado y en caso de no cubrir dicho pago también autoriza a "EL INSTITUTO", deducir el importe pagado por dichos bienes sobre los pagos que "EL INSTITUTO" deba cubrir a "EL PROVEEDOR".

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 a los siguientes términos y condiciones expresados en la fórmula que se detalla a continuación:

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

Dónde:



Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx



%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.

a) En su caso, 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 con base a lo señalado en el calendario de unidades médicas.



Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx



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

b) Garantías de cumplimiento, deberán de apegarse al numeral 4.30.1, penúltimo párrafo de estas POBALINES, 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.

- **Periodo de garantía.**

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

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



Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx

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

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

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

I.- Deberá observar para la emisión de sus notas lo estipulado en la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico, debiendo anexar en escrito formato libre donde señala que conoce y cumplirá con la citada norma.

II.- Deberá cumplir con la siguiente documentación:

Especialidad	Documento con el que acreditara la especialidad
Medico no familiar Oftalmólogo	Cedula de la especialidad en oftalmología expedida por institución educativa reconocida.

III.- Registro en el RFC, expedido por el SAT de la SHCP.

IV.- Ficha técnica con la que se realizarán los procedimientos de oftalmología.

V.- Copia simple de la Licencia de funcionamiento de procedimientos en establecimiento o documento equivalente.

VI.- Anexar los folletos, catálogos y/o fotografías necesarias para corroborar las especificaciones, características y calidad del servicio. Esta referencia documental corresponderá al servicio objeto de la presente contratación en el cual se verifiquen las instalaciones donde se otorgarán los servicios, así como los equipos con los que se realizaran los estudios detallados en el **Anexo No. 1 (Anexo técnico) "Requerimiento"**.

CAUSAS DE DESECHAMIENTO TÉCNICO DE LA PROPUESTA:

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



- Se verificará que cotice la totalidad de los servicios requeridos, si no será causa de desechamiento.
- Que no acredite la especialidad de Medico No Familiar con la especialidad de oftalmología.

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

1.- Remitir los anexos A, B, C, D, E, F y G de la presente investigación de mercado.

2.- Remitir las opiniones positivas y vigentes del SAT, IMSS e INFONAVIT.

3.- 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.

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

5.- Remitir el formato del anexo 2 (Dos) Cotización.



Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx



ANEXO 2 (DOS)
COTIZACION

NÚM. DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO. _____

FECHA: _____ **No. DE PREI IMSS:** _____
NOMBRE DEL COTIZANTE: _____ **DOMICILIO:**
_____
TEL.: _____ **R. F. C.:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ( ) **PEQUEÑA ( )** **MEDIANA ( )**

No	CUCOP	ESPECIALIDAD	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	DIAS	HORARIOS	LUGAR DE OTORGAMIENTO	CANT MÍN	CANT MÁX	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
										SUBTOTAL		

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.



Boulevard NUUNITA NUU YOO No.1227, Cabecera Municipal de Santa Cruz Xoxocotlán, C. P. 71230, Ciudad Oaxaca de Juárez. Tel. 951 517 15 15, Ext. 106. www.imss.gob.mx

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 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:

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 E

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 F

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.
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 G
Cuestionario

Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-135-2026.

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

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

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

Preguntas generales
Información de contacto y perfil del proveedor

Información de la Empresa

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

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor

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

En caso de que su empresa sea considerada MIPYME.

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

Información opcional

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

Preguntas específicas

Preguntas específicas sobre los servicios y las condiciones bajo las que se contratarán los servicios	SI	NO
1 ¿Su representada cumple con las especificaciones solicitadas de acuerdo con el 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 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 de mercado?		
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.		

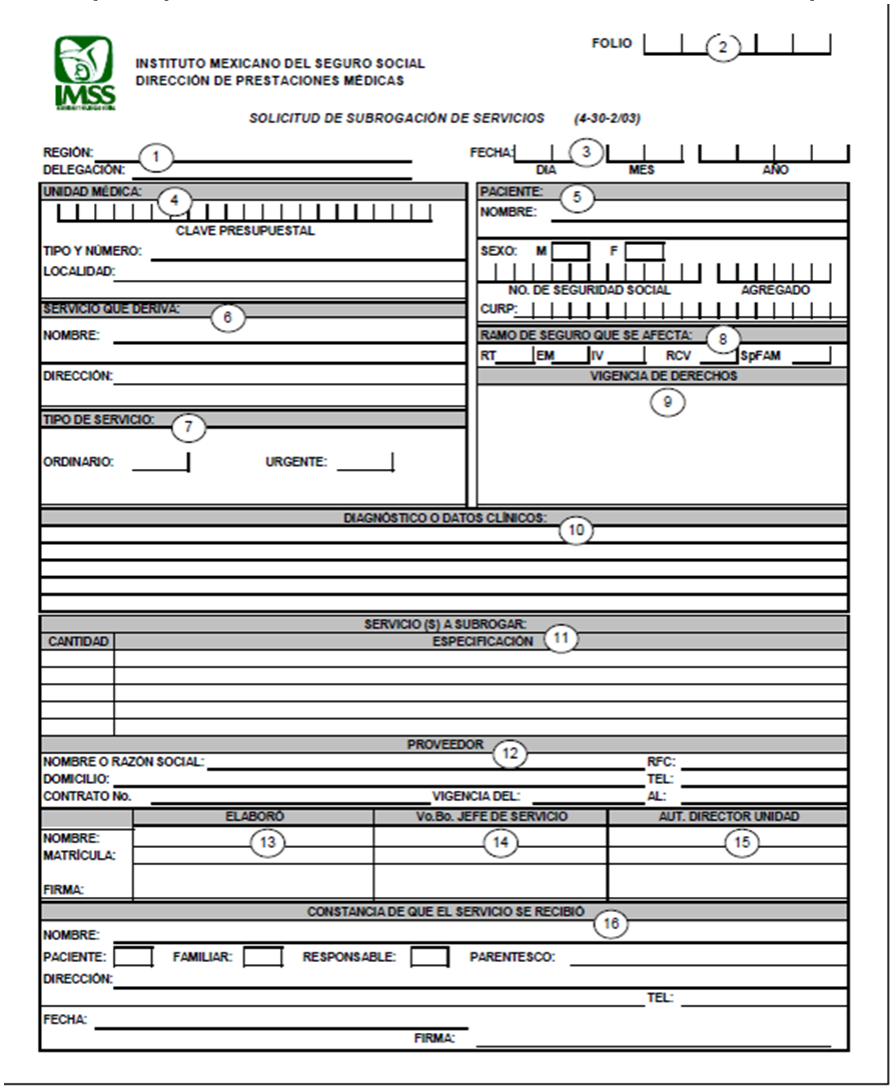
La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al artículo 5 fracción VII de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico (LAASSP).

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 3 (TRES) SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

FOLIO (2)

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

REGIÓN: (1)
DELEGACIÓN:

FECHA: (3) DÍA MES AÑO

UNIDAD MÉDICA: (4)
CLAVE PRESUPUESTAL
TIPO Y NÚMERO:
LOCALIDAD:

SERVICIO QUE DERIVA: (6)
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

TIPO DE SERVICIO: (7)
ORDINARIO: URGENTE:

PACIENTE: (5)
NOMBRE:
SEXO: M F
NO. DE SEGURIDAD SOCIAL AGREGADO
CURP:

RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: (8)
RT EM IV RCV SpFAM

VIGENCIA DE DERECHOS (9)

DIAGNÓSTICO O DATOS CLÍNICOS: (10)

SERVICIO (S) A SUBROGAR: (11)

CANTIDAD	ESPECIFICACIÓN

PROVEEDOR (12)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: RFC:
DOMICILIO: TEL:
CONTRATO No. VIGENCIA DEL: AL:

	ELABORÓ (13)	Vo.Bo. JEFE DE SERVICIO (14)	AUT. DIRECTOR UNIDAD (15)
NOMBRE: MATRÍCULA:			
FIRMA:			

CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ (16)
NOMBRE:
PACIENTE: FAMILIAR: RESPONSABLE: PARENTESCO:
DIRECCIÓN: TEL:
FECHA:
FIRMA:

INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

ANEXO 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