Oaxaca de Juárez, Oax., a 07 de agosto del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0720/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN

FOCON-04
INVMER-134-2026

C.C. Proveedores:
Organismos Privados
Presentes.

Dirigido a proveedores cuyo objeto social o actividad preponderante se relacione con:
SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA LA DIGITALIZACIÓN, POST PROCESAMIENTO, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LA IMAGEN (SMI PARA DIG). 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:

I.- Determinar la existencia de oferta de servicios en la cantidad, calidad y oportunidad requeridas por este Instituto;
II. Verificar la existencia de proveedores a nivel nacional o internacional con posibilidad de cumplir con las necesidades de contratación y
III. Conocer el precio prevaleciente de los servicios requeridos, al momento de llevar a cabo la investigación.

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 julia.bautista@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,
Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, C.P. 71230

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

El plazo máximo para recibir la información requerida será al **12 de agosto del 2026, hasta las 13:30 horas,** únicamente deberá remitir los anexos A (acreditación) B) Cuestionario y 2 (Dos) Propuesta económica, la documental de carácter técnico será solicitada en el procedimiento de contratación que elija llevar a cabo este Instituto.

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

ANEXO 1 (UNO) REQUERIMIENTO

Partida	CLAVE OOAD	OOAD	CLVSI	Requerimiento	
				Mínimo	Máximo
1	21	Oaxaca	80.15.000	29,320	73,300
		Total		**29,320**	**73,300**

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

- **1.-** Los datos de los servicios a cotizar se indican en el anexo 1 (Uno) Requerimiento.

Se requiere la contratación del SERVICIO MÉDICO INTEGRAL PARA LA DIGITALIZACIÓN, POST PROCESAMIENTO, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LA IMAGEN (SMI PARA DIG). – EJERCICIO 2026.

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

Se indica en el anexo 4 (cuatro) Términos y condiciones del servicio médico integral para la digitalización, post procesamiento, almacenamiento y distribución de la imagen (smi para dig).,ejercicio 2026. Deberá tomar en consideración al momento de efectuar su cotización el anexo 3 (tres) T3 Especificaciones técnicas del equipamiento para digitalización y equipo medico adicional, así como el personal en sitio mínimo para la prestación del servicio indicado en el anexo 5 (cinco) de la presente investigación de mercado.

La prestación del servicio será en las direcciones indicadas en el anexo 7 (siete) T9 Direcciones completas.

- **3.- Pago:**

El licitante adjudicado deberá presentar posterior a la fecha del corte de los servicios, la representación impresa del comprobante fiscal digital (factura electrónica).
Los requisitos para el proceso de pago son los siguientes:

- Evidencia de la existencia de un convenio o contrato, o del documento con el que se justifique la existencia de una obligación del IMSS para el pago de una contraprestación;
- Representación impresa del comprobante fiscal digital por internet (CFDI) por los servicios prestados al IMSS;
- Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social.

El pago de los servicios se efectuará en pesos mexicanos, en una sola exhibición y no habrá anticipo.
Lo anterior con base en lo señalado en el numeral 4.24.4 inciso k de las “Políticas, bases y lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del IMSS (POBALINES)” así como lo que estipule el Contrato respectivo.

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

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

Las penas convencionales se describen en el anexo 4 (cuatro), anexo técnico, inciso H.

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

El participante deberá considerar los elementos a evaluar que se indican en el anexo 8 (ocho) evaluación técnica para efectos de elaborar su propuesta técnica.

ANEXO A

ACREDITACIÓN DE LA PERSONALIDAD

_____(nombre)_____, manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente Investigación de mercado, a nombre y representación de: ___(persona física o moral)___.

No. de la investigación de mercado _____.

Registro Federal de Contribuyentes: Registro Patronal:
Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)
Calle: Num Int.: Num. Ext.
Colonia: Delegación o Municipio:
Código Postal: Entidad federativa:
Teléfonos: Fax:
Correo electrónico:
No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: Fecha Duración
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:
Relación de socios o asociados:
Socio 1 Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):
Socio 2 Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):
Socio 3 Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):
Descripción del objeto social:
Reformas al acta constitutiva que incidan con el objeto del procedimiento.
i
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente.

Nombre del apoderado o representante:
Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades. -
Escritura pública número: Fecha:
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:

Asimismo, manifiesto que los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito con el Instituto, deberán ser comunicados a éste, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

(Lugar y fecha)
Protesto lo necesario
(Nombre y firma)

ANEXO B
Cuestionario

Procedimiento de investigación de mercado número: INVMER-128-2026.
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado
Se requiere que el servicio que oferte cumpla a cabalidad con las especificaciones solicitadas en los "Términos y Condiciones".
Solo se deberá proporcionar precio para los servicios que este en posibilidades de atender al 100% a delegacional.
Conteste a las preguntas solamente en los espacios en blanco provistos para tal efecto.
Cuando sea el caso si la pregunta solo requiere una respuesta de tipo SI/NO, no ingrese más información.
Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, NO se aceptarán respuestas en otros formatos.

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

Información de la Empresa

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

Contacto

Nombre	
Puesto	
Teléfono	
E-mail	

Perfil del proveedor

¿Su empresa se dedica a la venta de los 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 prestación 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 contratarán los servicios	SI	NO
1 ¿Su representada cumple con las especificaciones solicitadas de acuerdo al Anexo 1 (Uno)?		

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

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

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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 2 (Dos)
COTIZACION

NÚM. DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO. _____

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

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

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

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTRATIFICACIÓN MIPYME:

MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( )

ANEXO 1 (UNO)

Partida	CLAVE OOAD	OOAD	CLVSI	Requerimiento		PRECIO UNITARIO	IMPORTE MINIMO	IMPORTE MAXIMO
				Mínimo	Máximo			
						SUBTOTAL		
						IVA		
						TOTAL		

NOTAS: *EL(LOS) PRECIOS(S) PROPUESTO(S), PERMANECERÁ(N) FIJO(S) AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026*

EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICIÓN Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL **CONTRATO**

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

Anexo	DESCRIPCION	DOCUMENTO
3 (TRES)	T3 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO PARA DIGITALIZACIÓN Y EQUIPO MEDICO ADICIONAL	AnexoT3.1_esptec.docx
4 (CUATRO)	TÉRMINOS Y CONDICIONES	TyC_b.docx
5 (CINCO)	T 13 Personal en Sitio Mínimo por ÓOAD	AnexoT13_personalensitio.docx
6 (SEIS)	Anexo Técnico	AnexoTecnico_b.docx
7 (SIETE)	T9 DIRECCIONES COMPLETAS	T9 DIRECCIONES COMPLETAS.docx
8 (OCHO)	T8 EVALUACION TÉCNICA	AnexoT8_Evaluacion_Tecnica_010526.xl