## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN**
**FO-CON-04. INVMER-169-2026.**

## ANEXO NÚMERO 1 (UNO)
## REQUERIMIENTO.

| PARTIDA | P.P. | UI | CC | UNIDAD SOLICITANTE | ESPECIALIDAD | DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA | DIAS | HORARIO | LUGAR DE OTORGAMIENTO | CANT MÍN | CANT MÁX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | PATOLOGIA | PIEZA HISTOPATOLÓGICA (SALPINGES) | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | 24 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR, SIEMPRE Y CUANDO LOS COSTOS DE ENVIO Y RECOLECCION CORRAN A CARGO DEL PROVEEDOR SIN COSTO ADICIONAL | 10 | 25 |
| 2 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | MEDICINA NUCLEAR | APLICACIÓN DE YODO RADIACTIVO DOSIS DE 5-10MCI | ESTUDIO | LUNES A DOMINGO | DE 8:00 A 22:00 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO NO EXEDA LOS 570 KILOMETROS TOMANDO COMO REFERENCIA LA CIUDAD DE OAXACA | 1 | 3 |
| 3 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | MEDICINA NUCLEAR | APLICACIÓN DE YODO RADIACTIVO DOSIS DE 11-20MCI | ESTUDIO | LUNES A DOMINGO | DE 8:00 A 22:00 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO NO EXEDA LOS 570 KILOMETROS TOMANDO COMO REFERENCIA LA CIUDAD DE OAXACA | 1 | 1 |
| 4 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | MEDICINA NUCLEAR | APLICACIÓN DE YODO RADIACTIVO DOSIS DE 21-50MCI | ESTUDIO | LUNES A DOMINGO | DE 8:00 A 22:00 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO NO EXEDA LOS 570 KILOMETROS TOMANDO COMO REFERENCIA LA CIUDAD DE OAXACA | 1 | 1 |
| 5 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | MEDICINA NUCLEAR | APLICACIÓN DE YODO RADIACTIVO DOSIS DE 51-100MCI | ESTUDIO | LUNES A DOMINGO | DE 8:00 A 22:00 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO NO EXEDA LOS 570 KILOMETROS TOMANDO COMO REFERENCIA LA CIUDAD DE OAXACA | 1 | 2 |
| 6 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | MEDICINA NUCLEAR | APLICACIÓN DE YODO RADIACTIVO DOSIS DE 101-150MCI | ESTUDIO | LUNES A DOMINGO | DE 8:00 A 22:00 HORAS | EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO NO EXEDA LOS 570 KILOMETROS TOMANDO COMO REFERENCIA LA CIUDAD DE OAXACA | 1 | 2 |
| 7 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | CARDIOLOGIA | ECOCARDIOGRAMAS | ESTUDIO | DE LUNES A VIERNES | DE 8:00 A 20:00 HORAS | EN EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUÁREZ. | 60 | 150 |
| 8 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | CARDIOLOGIA | PRUEBAS DE ESFUERZO | ESTUDIO | DE LUNES A VIERNES | DE 8:00 A 20:00 HORAS | EN EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUÁREZ. | 60 | 150 |
| 9 | 51331003 | 210101 | 200207 | HGZ 1 OAXACA | CARDIOLOGIA | HOLTER | ESTUDIO | DE LUNES A VIERNES | DE 8:00 A 20:00 HORAS | EN EL DOMICILIO QUE INDIQUE EL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUÁREZ. | 60 | 150 |
| 10 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | ANGIOTOMOGRAFIA | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EN OAXACA DE JUAREZ | 5 | 14 |
| 11 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONIDO DE TIROIDES CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 4 | 10 |
| 12 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | CISTOGRAMA MICCIONAL | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES | 1 | 2 |

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | | |
| 13 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES CON CORTES CORONALES SIMPLE | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 3 | 7 |
| 14 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE EXTREMIDAD SIMPLE | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 2 | 5 |
| 15 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | IMAGENOLOGIA | TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE MACIZO FACIAL SIMPLE | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 4 | 10 |
| 16 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | RADIOLOGIA | USG ABDOMINAL INFERIOR | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 2 | 6 |

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | RADIOLOGIA | USG DE MAMA BILATERAL | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 4 | 9 |
| 18 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | RADIOLOGIA | USG DOPPLER ARTERIOVENOSO | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 4 | 7 |
| 19 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | RADIOLOGIA | USG ENDOVAGINAL | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 3 | 7 |
| 20 | 51331003 | 210102 | 200207 | HGZ 3 TUXTEPEC | RADIOLOGIA | USG HIGADO Y VIAS BILIARES | ESTUDIO | DE LUNES A DOMINGO | DE 08 A.M. A 20:00 HRS PACIENTES ORDINARIOS Y URGENCIAS CALIFICADAS LAS 24 HRS LOS 365 DIAS DEL AÑO | PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REQUIERE QUE SEA DENTRO DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC; OAXACA, ASI MISMO QUE EL PARTICIPANTE CUENTE CON PERSONAL QUE PUEDA APOYAR EN LA RECEPCIÓN Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CUANDO ACUDEN EN AMBULANCIA Y PODER MOVILIZARLOS EN SUS INSTALACIONES ,EN LOS CASOS DE URGENCIAS LOS PACIENTES DEBERÁN SER ATENDIDOS COMO MÁXIMO DENTRO DE LAS 24 HORAS SEGUIDAS A LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y EN PACIENTES HOSPITALIZADOS ORDINARIOS EN 48 HORAS, EN PACIENTES EXTERNOS DENTRO DE LOS 15 DIAS. EL REPORTE DEL RESULTADO DEBERÁ ENTREGARSE AL PACIENTE O FAMILIAR DE MANERA IMPRESA CON IMÁGENES EN ACETATO Y/O USB Y/O CD, CÓDIGO QR, DE FORMA INMEDIATA. | 3 | 5 |

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

# ANEXO NÚMERO 2 (DOS)

## S O L I C I T U D  D E  C O T I Z A C I Ó N

**PROCEDIMIENTO No. _____ FECHA: _____**

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

**NOMBRE DEL LICITANTE: _____**

**DOMICILIO: _____ TEL.: _____**

**FAX: _____ R. F. C.: _____**

**CORREO ELECTRÓNICO: (de la empresa participante):_____**

**ESTRATIFICACIÓN: MICRO ( ) PEQUEÑA ( ) MEDIANA ( ) GRANDE ( )**
**SECTOR: INDUSTRIA ( ) COMERCIO ( ) SERVICIOS ( )**

| PARTIDA | CLAVE | CONCEPTO | CANTIDAD MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | PRECIO UNITARIO | IMPORTE MINIMO | IMPORTE MAXIMO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | SUBTOTAL | |
| | | | | | | IVA | |
| | | | | | | TOTAL | |

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

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**POR FAVOR APEGARSE AL FORMATO ESTABLECIDO DEL ANEXO 2 PARA SU COTIZACIÓN, NO MODIFICAR Y REQUISITAR TODAS LAS CELDAS SOLICITADAS, QUE NO QUEDE NINGUNA VACIA DE LO CONTRARIO SE DARÁ POR DESECHADA SU PROPOSICIÓN, AL NO ESTAR REQUISITADA DE FORMA CORRECTA Y COMPLETA.**

_____

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

## ANEXO NÚMERO 3 (TRES)

## SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS A-30-2/03

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

IMSS

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) DIA 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:

| CANTIDAD | ESPECIFICACIÓN (11) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

### 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.<br><br>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. |

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

## ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)

## DIRECTORIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

| UNIDAD | LOCALIDAD | DOMICILIO | DIRECTOR MÉDICO |
|---|---|---|---|
| HGZ 1 | OAXACA DE JUÁREZ | CALZADA HÉROES DE CHAPULTEPEC NO. 621 COL. CENTRO C.P. 68000. OAXACA DE JUÁREZ, OAXACA | DRA. TANIA JIMENEZ VASQUEZ |
| HGZ 3 | TUXTEPEC | BOULEVARD BENITO JUAREZ NO. 141 COLONIA EL CASTILLO SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC | DRA. DIANA GRISELDA RODRIGUEZ ALVAREZ. |

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## 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.

LUGAR Y FECHA

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## 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.

LUGAR Y FECHA

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## 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 Ley

LUGAR Y FECHA

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## ANEXO D

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**ÓOAD OAXACA.**

**CONVOCANTE**

**(_____NOMBRE_____)** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA **(_____NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA_____)**, Y EN TÉRMINOS DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-___-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## ANEXO E

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**ÓOAD OAXACA.**

**CONVOCANTE**

**(_____NOMBRE_____)** EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA **(_____NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA_____)**, Y EN TÉRMINOS DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO INVMER-___-2026, MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

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

LUGAR Y FECHA

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

# ANEXO F

## ESTRATIFICACIÓN DE LA EMPRESA

(ELABORAR EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
DELEGACIÓN ESTATAL EN OAXACA
**PRESENTE**

**(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL QUE SUSCRIBE LAS OFERTAS)**, EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA/PERSONA FÍSICA (ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA FÍSICA QUE PARTICIPA), ME PERMITO INFORMAR LO SIGUIENTE:
CONFORME AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRATIFICACIÓN DE LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS., PARA EFECTOS DEL ARTÍCULO 3, FRACCIÓN III, DE LA LEY PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETITIVIDAD DE LA MICRO, PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA EN EL QUE SE DEFINEN LAS MIPYME'S DE ACUERDO A LA SIGUIENTE:

**DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, QUE CONFORME A LA TABLA ANTERIOR MI EMPRESA SE UBICA EN EL SECTOR DE (LA INDUSTRIA, EL COMERCIO, SERVICIOS) Y SE CLASIFICA COMO (MICRO, PEQUEÑA, MEDIANA) EMPRESA POR CONTAR CON UN TOTAL DE _____ TRABAJADORES.

| Estratificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Tamaño** | **Sector** | **Rango de número de trabajadores** | **Rango de monto de ventas anuales (mdp)** | **Tope máximo combinado*** |
| Micro | Todas | Hasta 10 | Hasta $4 | 4.6 |
| Pequeña | Comercio | Desde 11 hasta 30 | Desde $4.01 hasta $100 | 93 |
| | Industria y Servicios | Desde 11 hasta 50 | Desde $4.01 hasta $100 | 95 |
| Mediana | Comercio | Desde 31 hasta 100 | Desde $100.01 hasta $250 | 235 |
| | Servicios | Desde 51 hasta 100 | | |
| | Industria | Desde 51 hasta 250 | Desde $100.01 hasta $250 | 250 |

***Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) X 10% + (Ventas Anuales) X 90%.**

**Tercero.** El tamaño de la empresa se determinará a partir del puntaje obtenido conforme a la siguiente fórmula: Puntaje de la empresa = (Número de trabajadores) X 10% + (Monto de Ventas Anuales) X 90%, el cual debe ser igual o menor al Tope Máximo Combinado de su categoría.

**PROTESTO LO NECESARIO**

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

# ANEXO G

## FORMATO DE INFORMACIÓN RESERVADA Y CONFIDENCIAL.

XXXXXXXX., a __ de _____ de 2026.

**Instituto Mexicano del Seguro Social**
**P r e s e n t e**

__(Nombre)__, en mi carácter de _____, de la __(Persona Física o Moral)__, manifiesto por medio de la presente que los documentos contenidos en mi propuesta y remitida a la convocante para la Licitación Pública Nacional Electrónica 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.

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

## ANEXO H

## ACREDITACIÓN DE LA PERSONALIDAD

_____(nombre)_____, manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en la presente Investigación de mercado, a nombre y representación de: __(persona física o moral)__.
No. de la investigación de mercado _____.

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

_____

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

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

# ANEXO I

## CUESTIONARIO

Procedimiento de investigación de mercado número: **INVMER-169-2026.**

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. | |

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| | |
|---|---|
| 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.

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| | | |
|---|---|---|
| 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 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 DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA MORAL) /**
**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA.**

**ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

# ANEXO J

## MODELO DE CONVENIO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA

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

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:

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**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)*.**

3.1 **"LAS PARTES"** DECLARAN QUE:

3.1.1 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

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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.

## ARCHIVO ADJUNTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

**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** |