



GOBIERNO DE  
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

Mérida, Yucatán, a 22 de Agosto de 2024

## PETICIÓN DE OFERTAS

### INVESTIGACIÓN DE MERCADO No. IM-015-2024

#### CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA POSTQUIRURGICA ADULTO Y PEDIATRICO PARA LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD PARA EL EJERCICIO 2025.

#### ÁREA SOLICITANTE: UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "IGNACIO GARCIA TÉLLEZ".

Tel./Fax:01999-922-56-56 Ext. 61623

#### A TODA LA PROVEEDURÍA CUYO OBJETO PREPONDERANTE SEA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA POSTQUIRURGICA ADULTO Y PEDIATRICO:

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como entidad del Gobierno Federal, requiere para sus actividades de suministro, arrendamiento y/o prestación de servicios, mismas que se encuentran reguladas por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento, obtener información para contratar bajo las mejores condiciones disponibles para el Estado.

En este sentido y en términos de lo previsto en el artículo 2 fracción X de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, este ente público requiere identificar a los posibles prestadores de servicios y/o proveedores.

Por lo antes mencionado y con el objeto de conocer: a).- la existencia bienes, arrendamientos o servicios a requerir en las condiciones que se indican; b).- posibles proveedores a nivel nacional o internacional, y c).- el precio estimado de lo requerido, nos permitimos solicitar su valioso apoyo a efecto de proporcionarnos una cotización de los bienes y/o servicios y/o arrendamientos descritos en el documento anexo (ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, Anexo 1).

Dicha cotización se requiere que la remita en documento de la empresa, debidamente firmada por persona facultada, a las siguientes direcciones de correo electrónico: [leonardo.garcia@imss.gob.mx](mailto:leonardo.garcia@imss.gob.mx), [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx) y/o [juan.pan@imss.gob.mx](mailto:juan.pan@imss.gob.mx) y sea dirigida a nombre de Mtro. Edgar Fabián Cubells Gutiérrez, Jefe del Departamento de Abastecimiento al número de teléfono (01999) 922 56 56 ext. 61623, o bien por mensajería en original debidamente firmada por persona facultada, a la siguiente dirección: calle 34 con número 439 por 41 Colonia Industrial, C.P. 97150 de la ciudad de Mérida, Yucatán.

Mucho agradeceré que en su respuesta se incluya: Lugar y fecha de cotización y vigencia de la misma.

Para el caso de dudas, comentarios y/o aclaraciones, remitirlas a los correos: [leonardo.garcia@imss.gob.mx](mailto:leonardo.garcia@imss.gob.mx); [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx) y/o [juan.pan@imss.gob.mx](mailto:juan.pan@imss.gob.mx)

**La fecha límite para presentar la cotización es el: El día 30 de Agosto de 2024 a las 11:00 horas.**

Favor de enviar acuse de recibo de esta petición de ofertas a los correos electrónicos: [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx) y [juan.pan@imss.gob.mx](mailto:juan.pan@imss.gob.mx)

**NOTA:** Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social con fundamento en lo previsto en el artículo 26 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se definirá el procedimiento a seguir para la contratación, el cual puede ser: **LICITACIÓN PÚBLICA; INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS y/o ADJUDICACIÓN DIRECTA**", mismo que se informará a las personas que presentaron su cotización.

Este documento no genera obligación alguna para la dependencia o entidad.

Calle 41 número 439 por 34 colonia Industrial, C.P. 97150, Mérida, Yucatán, México. Ex-Terrenos El Fénix  
Tel. 9999 225656 Ext. 61623 y 61660. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





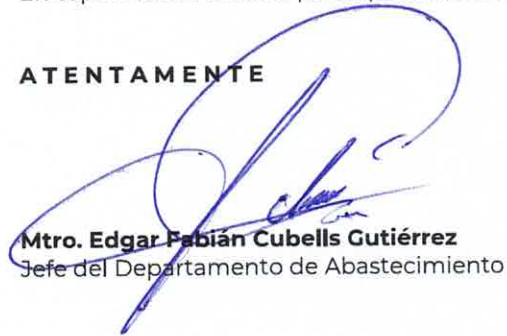
GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLÉZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

En espera de su amable participación, me despido aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**



**Mtro. Edgar Fabián Cubells Gutiérrez**  
Jefe del Departamento de Abastecimiento

*(Para efectos de control interno, en el caso de no recibir respuesta o manifestar un inconveniente o imposibilidad, se procederá a hacer la anotación respectiva en nuestros registros, circunstancias que deberán ser consideradas al momento de definir el tipo de procedimiento de contratación)*



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

**Datos que en su caso, se deben proporcionar para que el destinatario de la solicitud conteste:**

- **1.- Los datos de los bienes, arrendamientos o servicios a cotizar (mismos que se especifican en el anexo 1).**

Los licitantes deberán presentar sus proposiciones económicas por servicio ofertado, deberá contener la cotización de las claves elegidas, indicando el CBI (Cuadro Básico Institucional), CGA (Catálogo General de Artículos) o CSMI (Catálogo de Servicios Médicos Integrales), descripción del servicio, unidad de medida, cantidad mínima, cantidad máxima, precio unitario sin I.V.A., importe mínimo, importe máximo, subtotal, el IVA y el importe total del servicio ofertado, desglosando el IVA, pudiendo utilizar el formato Anexo Número 2 (dos), el cual forma parte de la presente petición de ofertas, mismo que deberá escanear debidamente firmado y adjuntar en archivo, a su propuesta electrónica.

Los licitantes deberán cotizar los servicios a precios fijos durante la vigencia del contrato.

Las cotizaciones deberán elaborarse a 2 (dos) decimales.

No se consideran las proposiciones, cuando no cotice la totalidad de las partidas por cada servicio solicitados.

- **2.- Características de los bienes:**

El instituto mexicano del seguro social requiere la contratación del servicio de Hospitalización de Cuidados Intensivos adultos y pediátricos con la finalidad de proporcionarles atención a los pacientes hospitalizados que requieren manejo de cuidados intensivos postoperatorios por falta de suficiente disponibilidad de camas en la unidad, ante el incremento del número de cirugías incluidas dentro del programa de abatimiento o disminución del rezago quirúrgico.

- ✓ La cantidad de servicios solicitados, que se detallan en el Anexo Técnico, podrán sufrir modificaciones de acuerdo con la prescripción de los médicos tratantes dependiendo de la evolución o tolerancia de los pacientes en tratamiento.
  - o Los licitantes deberán presentar bajo protesta de decir verdad, de que el servicio ofertado cumple con lo solicitado, por lo que, durante la vigencia del contrato, conforme a la descripción de los bienes o servicios detallados en esta licitación, así como las características y condiciones requeridas, con el objeto de revisar que se entreguen conforme se estipula en el presente documento.
  - o El licitante se compromete a prestar el servicio de Hospitalización de Cuidados Intensivos de conformidad con la descripción del bien o servicio señalado, y deberá incluir:
    - 1) Tipo de subrogación: Hospitalización de Cuidados Intensivos para pacientes **Adultos y Pediátricos**.
    - 2) Criterios de Cotización:
      - ✓ El primer día de ingreso se tomará de 24 horas, posterior se cotizará de la siguiente manera.
      - ✓ De 1 a 6 horas el 0.25% del importe del día
      - ✓ De 7 a 12 horas el 0.50% del importe del día
      - ✓ De 13 a 18 horas de 0.75% del importe del día.
      - ✓ De 19 a 23 hrs cotización de un día.
    - 3) Servicios Incluidos:
      - ✓ Transporte de Ambulancia de alta tecnología con personal médico y de enfermería, así como de Ambulancia convencional.
      - ✓ Atención Médica de Hospitalización en cuidados intensivos.
      - ✓ Hospitalización de Cuidados Intensivos.
    - 4) Tiempo de contrato solicitado de la fecha del fallo al 31 de diciembre del 2025.
    - 5) Se solicita la contratación de modalidad de precios fijos.



- 6) La solicitud del servicio por parte del solicitante se realizará conforme al formato de subrogados (4-30-8) que deberá contener:
    - I.-Fecha de Elaboración.
    - II. Nombre y número de afiliación del paciente.
    - III. Número de la cama
    - IV. Nombre del servicio solicitante (Especialidad y/o Subespecialidad)
    - V. Nombre del médico que solicita la subrogación
    - VI. Descripción de la patología del paciente (Resumen médico)
    - VII. Firma del médico solicitante, jefe de servicio, Administrador de contrato y director de la Unidad Médica (en el caso de turnos vespertino, nocturno y jornada acumulada será autorizado por el Coordinador).
    - VIII. Se deberá anexar vigencia de derechos impresa del sistema SSO IMSS digital.
    - IX. Deberá contener los datos del proveedor (Razón social, RFC, domicilio, teléfono, No. de contrato, vigencia del contrato).
  - 7) El proveedor deberá garantizar la realización del servicio las 24 hrs del día y los 7 días de la semana.
  - 8) El proveedor se compromete a la atención de los pacientes subrogados por médico con especialidad en Cuidados Intensivos adscrito en el área de terapia intensiva las 24 hrs del día, los 7 días de la semana.
  - 9) El proveedor se compromete a dar información de las condiciones clínicas y estado de salud de los pacientes por parte de Médicos Intensivos del servicio subrogado, por turno.
  - 10) El proveedor se compromete a informar en caso de que un paciente requiere manejo hospitalario igual o mayor a 5 días. (Para revisión del caso con la Especialidad tratante de la UMAE).
  - 11) En caso de que el proveedor no esté en condiciones de realizar el servicio por razón fortuita o por cualquier otra causa, en el tiempo establecido, el instituto podrá establecer una pena convencional 2% basado en la siguiente fórmula:  $Pc_a = \%d \times nda \times vspa$ . Dónde:
    - $Pc_a$  = Pena convencional aplicable
    - $\%d$  = Porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la presentación de los bienes y/o servicios.
    - $Nda$  = Número de días de atraso.
    - $Vspa$  = valor de los bienes y/o servicios presentados con atraso, antes del impuesto del valor agregado IVA.
  - 12) El proveedor entregará a la jefatura de medicina de la unidad de manera **semanal los viernes la relación electrónica de los servicios realizados** al correo [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx)
  - 13) En caso de que el paciente requiera nueva intervención fuera de las especificaciones (quirúrgica, hemodiálisis, etc.) será trasladado nuevamente a la UMAE.
  - 14) **En caso de defunción del paciente el PROVEEDOR realizará los trámites del certificado e informará al Instituto en un plazo no mayor de 24 hrs.**
  - 15) Se realizará Chat por WhatsApp entre el HES No. 1 UMAE y Hospital Star Médica.
- **3.- Considerar en su cotización que el pago es a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la factura, previa entrega de los bienes o prestación de los servicios a satisfacción.**

"EL INSTITUTO" se obliga a pagar a "EL PROVEEDOR", previa prestación de los servicios objeto de este contrato, la cantidad señalada en la Cláusula inmediata anterior en pesos mexicanos, dentro de los 20 (veinte) días naturales posteriores a la entrega por parte de "EL PROVEEDOR", de los siguientes documentos:

Original de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos en la que se indique el servicio prestado la cual deberá tener los siguientes requisitos: el número de Proveedor IMSS, el número de contrato, relación de servicios médicos efectuados, el número de fianza y nombre de la afianzadora, dicha documentación deberá ser presentada para su revisión en el Departamento de Finanzas de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán, sito en calle 41 número 439 x 34 colonia Industrial, Código Postal



97150 de la ciudad de Mérida, Yucatán, en el horario comprendido de 08:30 a 13:00 horas, en días hábiles de oficina.

- **4.- Señalar en su caso, el porcentaje del anticipo**

No aplica

- **5.- El porcentaje de garantía de cumplimiento será del 10 %.**

La garantía de cumplimiento de contrato o pedido deberá constituirse por el equivalente al 10% del importe total del instrumento jurídico de que se trate en monto superior a 5,000,000 de UMA vigente, dicha garantía podrá ser hasta del 10% del total adjudicado sin IVA.

**6.- Penas convencionales por atraso en la entrega de bienes y/o servicios será del 2.5 %.**

- Se aplicará el 2.5% por evento incumplido basado sobre el precio del evento, sin incluir el IVA, en cada uno de los supuestos siguientes:
- La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del Servicio con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda a la orden de reposición o concepto. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.
- **El archivo adjunto de especificaciones técnicas se hace consistir en \_\_\_ fojas**

- **7.- En su caso, los métodos de prueba que empleará el ente público para determinar el cumplimiento de las especificaciones solicitadas.**

No Aplica

- **Normas que deben de cumplirse**

- ✓ NOM-004-SSA3-2012 Norma del expediente clínico.

- **Registros Sanitarios o Permisos Especiales, en su caso.**

- ✓ Licencia sanitaria.
- ✓ Licencia o certificado que garantice seguridad por protección civil
- ✓ Currículo de la empresa y/o persona física, donde se pueda verificar que son personas dedicadas al ramo y/o cuentan con la experiencia en este tipo y magnitud de trabajo, anexando las copias de los contratos culminados en los 3 últimos años.
- ✓ Acta constitutiva (en caso de ser persona moral).
- ✓ En tratándose de persona moral, deberá presentar:
  - Acta constitutiva de la empresa en donde se describa el objeto social, el cual debe relacionarse con el servicio a contratar por el instituto.
  - Poder notarial del representante legal de la empresa.
  - Identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), de la persona que firme la proposición.
- ✓ En tratándose de persona física, deberá presentar:
  - Acta de nacimiento, en su caso, la carta de naturalización respectiva expedida por la autoridad competente.
  - Comprobante de domicilio.
  - Identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional).



- Copia del poder legal del representante
- Alta ante la secretaría de hacienda y crédito público.
- Registro federal de contribuyentes.
- Registro patronal ante el IMSS.
- Aviso de funcionamiento y/o licencia sanitaria.
- Copia del poder legal del representante legal.

- **8.- Origen de los bienes (nacional o país de importación)**

No Aplica

- **9.- En caso de bienes de importación la moneda en que cotiza.**

Pesos Mexicanos

- **10.- En caso de que el proceso de fabricación de los bienes requeridos sea superior a 60 días, señale el tiempo que correspondería a su producción.**

No aplica

- **11.- En su caso, especificar si el costo incluye:**
  - **Instalación.**
  - **Capacitación.**
  - **Puesta en marcha.**

- **12.- Otras garantías que se debe considerar, indicar el o los tipos de garantía, o de responsabilidad civil señalando su vigencia.**

No aplica.



ANEXO NUMERO 1 (UNO)

Anexo técnico para la contratación de terapia intensiva postquirúrgica adulto y pediátrico para el ejercicio 2025.

a) Descripción amplia y detallada de los bienes o servicios solicitados, características, especificaciones técnicas, unidad de medida, y en su caso equipos, consumibles y accesorios asociados a la contratación de los bienes requeridos, cantidades por partida, indicando en todos los casos las correspondientes claves SAI, PREI Millenium (en el caso de bienes terapéuticos se debe indicar la clave del CBI de Insumos para la Salud; en caso de bienes de consumo, la clave del CGA; y para Servicios Médicos Integrales, la clave del CSMI) En todo caso, los bienes y servicios materia del requerimiento, deben incluir la clave CUCOP que le corresponda.

Table with 2 columns: CLAVE CUCOP A 8 DÍGITOS (33901-0009) and SERVICIOS MEDICOS SUBROGADOS 'HOSPITALIZACION DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS Y PEDIATRICOS'

El instituto mexicano del seguro social requiere la contratación del servicio de Hospitalización de Cuidados Intensivos adultos y pediátricos con la finalidad de proporcionarles atención a los pacientes hospitalizados que requieren manejo de cuidados intensivos postoperatorios por falta de suficiente disponibilidad de camas en la unidad, ante el incremento del número de cirugías incluidas dentro del programa de abatimiento o disminución del rezago quirúrgico.

Table with 6 columns: Partida y/o Renglón, Descripción amplia y detallada de los servicios solicitados, Unidad de medida, Equipos, consumibles y accesorios asociados, Cantidad mínima, Cantidad máxima. Contains 2 rows of service details.

- La cantidad de servicios solicitados que se detallan podrán sufrir modificaciones de acuerdo con la prescripción de los médicos tratantes dependiendo de la evolución o tolerancia de los pacientes en tratamiento.
Los licitantes deberán presentar bajo protesta de decir verdad, de que el servicio ofertado cumple con lo solicitado, por lo que, durante la vigencia del contrato, conforme a la descripción de los bienes o servicios detallados en esta licitación, así como las características y condiciones requeridas, con el objeto de revisar que se entreguen conforme se estipula en el presente documento.
El licitante se compromete a prestar el servicio de Hospitalización de Cuidados Intensivos de conformidad con la descripción del bien o servicio señalado, y deberá incluir:
1) Tipo de subrogación: Hospitalización de Cuidados Intensivos para pacientes Adultos y Pediátricos.
2) Criterios de Cotización:
- El primer día de ingreso se tomará de 24 horas, posterior se cotizará de la siguiente manera.
- De 1 a 6 horas el 0.25% del importe del día
- De 7 a 12 horas el 0.50% del importe del día
- De 13 a 18 horas de 0.75% del importe del día.
- De 19 a 23 hrs cotización de un día.
3) Servicios Incluidos:





- ✓ Transporte de Ambulancia de alta tecnología con personal médico y de enfermería, así como de Ambulancia convencional.
  - ✓ Atención Médica de Hospitalización en cuidados intensivos.
  - ✓ Hospitalización de Cuidados Intensivos.
- 4) Tiempo de contrato solicitado de la fecha del fallo al 31 de diciembre del 2024.
  - 5) Se solicita la contratación de modalidad de precios fijos.
  - 6) La solicitud del servicio por parte del solicitante se realizará conforme al formato de subrogados (4-30-8) que deberá contener:
    - Fecha de Elaboración.
    - Nombre y número de afiliación del paciente.
    - Nombre del servicio solicitante (Especialidad y/o Subespecialidad)
    - Nombre del médico que solicita la subrogación
    - Descripción de la patología del paciente (Resumen médico)
    - Firma del médico solicitante, jefe de servicio, Administrador de contrato y director de la Unidad Médica (en el caso de turnos vespertino, nocturno y jornada acumulada será autorizado por el Coordinador).
    - Se deberá anexar vigencia de derechos impresa del sistema SSO IMSS digital.
    - Deberá contener los datos del proveedor (Razón social, RFC, domicilio, teléfono, No. de contrato, vigencia del contrato).
  - 7) El proveedor deberá garantizar la realización del servicio las 24 hrs del día y los 7 días de la semana.
  - 8) El proveedor se compromete a la atención de los pacientes subrogados por médico con especialidad en Cuidados Intensivos adscrito en el área de terapia intensiva las 24 hrs del día, los 7 días de la semana.
  - 9) El proveedor se compromete a dar información de las condiciones clínicas y estado de salud de los pacientes por parte de Médicos Intensivos del servicio subrogado, por turno.
  - 10) El proveedor se compromete a informar en caso de que un paciente requiere manejo hospitalario igual o mayor a 5 días. (Para revisión del caso con la Especialidad tratante de la UMAE).
  - 11) En caso de que el proveedor no esté en condiciones de realizar el servicio por razón fortuita o por cualquier otra causa, en el tiempo establecido, el instituto podrá establecer una pena convencional 2% basado en la siguiente fórmula:  $PCa = \%d \times nda \times vspa$ . Dónde:
    - Pca = Pena convencional aplicable
    - %d = Porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización, contrato o pedido por cada día de atraso en el inicio de la presentación de los bienes y/o servicios.
    - Nda = Número de días de atraso.
    - Vspa = valor de los bienes y/o servicios presentados con atraso, antes del impuesto del valor agregado IVA.
  - 12) El proveedor entregará a la jefatura de medicina de la unidad de manera **semanal los viernes la relación electrónica de los servicios realizados** al correo [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx)
  - 13) En caso de que el paciente requiera nueva intervención fuera de las especificaciones (quirúrgica, hemodiálisis, etc.) será trasladado nuevamente a la UMAE.
  - 14) **En caso de defunción del paciente el PROVEEDOR realizará los trámites del certificado e informará al Instituto en un plazo no mayor de 24 hrs.**
  - 15) Se realizará Chat por WhatsApp entre el HES No. 1 UMAE y Hospital Star Médica.

b) En caso de que se requieran pruebas, deberá indicar el método de evaluación y el resultado mínimo que debe obtenerse al ejecutar las pruebas, si se requiere verificar el cumplimiento de las especificaciones solicitadas de acuerdo con la LFMN, cuando ésta resulte aplicable, dicha comprobación será elaborada por el Área Técnica.

✓ No procede.

c) En aquellos casos en que el Área Requirente modifique la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico



emitidos por la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y el CBI respecto de las especificaciones estipuladas para ese mismo bien en el ejercicio anterior, deberá acompañar a su requisición, un dictamen mediante el cual el Área Técnica acredite que con ello no se limita la libre participación, concurrencia y competencia económica.

✓ No procede

d) En aquellos casos en que el Área Requirente, modifique las especificaciones técnicas de un bien respecto de las estipuladas en el ejercicio anterior, y que derivado de la investigación de mercado el Área Contratante advierta que existan circunstancias que pudieran limitar la libre participación, concurrencia y competencia económica, dicha área podrá solicitar al Área Requirente un dictamen técnico en el que se justifique que los requisitos contenidos en las especificaciones técnicas del bien, no limitan de ninguna forma la libre participación, concurrencia y competencia económica.

✓ No aplica

e) Norma Oficial Mexicana, Norma Mexicana, Norma Internacional, Norma de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LFMN.

✓ NOM-004-SSA3-2012 Norma del expediente clínico.

### Términos y condiciones

Los términos y condiciones en medio impreso y electrónico (archivo editable) del bien o servicio por contratar, firmados en la última hoja, y rubricados en todas, por los servidores públicos del Área Requirente y/o Técnica responsables de su elaboración y autorización, con cargo mínimo de Titular de División; mismos que, incluirán lo que se señala a continuación, en el orden que se indica, según sea el caso:

a) Vigencia de la contratación.

- Del día del fallo del contrato al 31 de diciembre del 2025

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

1. El paciente será aceptado a la terapia intensiva del proveedor el mismo día de la solicitud con un plazo no mayor de 8 hrs.
2. Cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico para la elaboración de los reportes, así como los documentales relacionados con el Consejo Salubridad para la seguridad del paciente.
3. Brindar atención durante los 365 días del año.
4. Deberá contar el proveedor con las instalaciones y los equipos necesarios para los estudios, así como el personal capacitado y certificado por el consejo respectivo para la interpretación de estos.
5. Deberá estar ubicado en Mérida Yucatán.
6. Todos los casos acudirán con la solicitud de subrogación en original con cuatro firmas autorizadas (Médico tratante, jefe de Servicio o jefe de División, el administrador del contrato y director Médico) en caso posterior a las 15:00 horas, fin de semana o día festivo se contará exclusivamente con la firma del Coordinador de turno y médico solicitante.
7. Todas las solicitudes deberán tener vigencia de derechos impresa actualizada hasta el día del estudio, y no se aceptará ninguna que salga de ese rango.
8. En caso de que el proveedor no esté en condiciones de realizar el servicio por razón fortuita o por cualquier otra causa, en el tiempo establecido, el proveedor podrá enviar al paciente con cualquier otro proveedor para su atención, sin costo adicional para el instituto y de existir diferencia en el costo, al subrogatario se le pagará lo originalmente contratado.



9. Se establecerá una pena convencional de 2.5% por cada día de atrasado del importe de la prueba incumplida.
10. El proveedor entregará el censo nominal de pacientes atendidos en formato electrónico en la división de medicina interna de la unidad en forma semanal todos los lunes al siguiente correo electrónico [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx).
11. Únicamente se facturarán los servicios ya concluidos.
12. **El proveedor deberá entregar la documentación para facturación y pago de los servicios por los procedimientos realizados de manera mensual en los últimos 5 días del mes para revisión los cuales incluyen:**
  - **Formato de relación de pacientes atendidos en los servicios médicos subrogados.**
  - **Formato de relación de documentos susceptibles de pago (Factura).**
13. de manera electrónica se enviará la relación de los estudios o procedimientos, al correo [francisco.guardia@imss.gob.mx](mailto:francisco.guardia@imss.gob.mx).

c) Mecanismo de evaluación de proposiciones.

. Criterio de evaluación: Binario en virtud de que los servicios ya están establecidos y estandarizados, por lo tanto, se asignaría al que sea más conveniente para el estado o más económico.

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

- ✓ Licencia sanitaria.
- ✓ Licencia o certificado que garantice seguridad por protección civil
- ✓ Currículo de la empresa y/o persona física, donde se pueda verificar que son personas dedicadas al ramo y/o cuentan con la experiencia en este tipo y magnitud de trabajo, anexando las copias de los contratos culminados en los 3 últimos años.
- ✓ Acta constitutiva (en caso de ser persona moral).
- ✓ En tratándose de persona moral, deberá presentar:
  - Acta constitutiva de la empresa en donde se describa el objeto social, el cual debe relacionarse con el servicio a contratar por el instituto.
  - Poder notarial del representante legal de la empresa.
  - Identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), de la persona que firme la proposición.
- ✓ En tratándose de persona física, deberá presentar:
  - Acta de nacimiento, en su caso, la carta de naturalización respectiva expedida por la autoridad competente.
  - Comprobante de domicilio.
  - Identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional).
  - Copia del poder legal del representante
  - Alta ante la secretaría de hacienda y crédito público.
  - Registro federal de contribuyentes.
  - Registro patronal ante el IMSS.
  - Aviso de funcionamiento y/o licencia sanitaria.
  - Copia del poder legal del representante legal.

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

- ✓ No aplica

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



✓ No aplica.

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

✓ Se realizará visita antes del fallo para verificación de cumplimiento de las especificaciones ofertadas en el contrato (Instalaciones adecuadas y con equipos biomédicos eficientes, número de camas, personal capacitado en la atención del paciente crítico, certificado de protección civil, licencia sanitaria, verificación de ambulancias).

h) Las penas convencionales y deducciones al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.8 de las presentes POBALINES.

✓ Se aplicará el 2.5% por evento incumplido basado sobre el precio del evento, sin incluir el IVA, en cada uno de los supuestos siguientes:

✓ La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor del Servicio con atraso, y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento que corresponda a la orden de reposición o concepto. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

i) En su caso, mecanismos requeridos al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

✓ No aplica

j) Garantías de anticipos, cumplimiento, defectos o vicios ocultos de bienes, calidad de servicios y de operación y funcionamiento, que en su caso apliquen, las cuales deben indicar, según sea el caso:

✓ Garantía de cumplimiento del contrato de conformidad con las POBALINES o aquella que garantice el servicio por el monto de lo contratado el cual corresponde a 10%.

k) La forma de pago para lo cual deberán ser de tipo indivisible en moneda.

"EL INSTITUTO" se obliga a pagar a "EL PROVEEDOR", previa prestación de los servicios objeto de este contrato, la cantidad señalada en la Cláusula inmediata anterior en pesos mexicanos, dentro de los 20 (veinte) días naturales posteriores a la entrega por parte de "EL PROVEEDOR", de los siguientes documentos:

**Original de la factura que reúna los requisitos fiscales respectivos en la que se indique el servicio prestado la cual deberá tener los siguientes requisitos: el número de Proveedor IMSS, el número de contrato, relación de servicios médicos efectuados, el número de fianza y nombre de la afianzadora,** dicha documentación deberá ser presentada para su revisión en el Departamento de Finanzas de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán, sito en calle 41 número 439 x 34 colonia Industrial, Código Postal 97150 de la ciudad de Mérida, Yucatán, en el horario comprendido de 08:30 a 13:00 horas, en días hábiles de oficina.

Durante la vigencia del presente contrato, "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" vigente y positiva.

"EL INSTITUTO" realizará el pago por servicio, procedimiento o prueba efectiva realizada de acuerdo con las cantidades que resulten en el Reporte.

Esto documentos invariablemente deberán ser presentados anexo a la factura del "EL PROVEEDOR".



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

En caso de que "EL PROVEEDOR" presente su factura con errores o deficiencias, conforme a lo previsto en el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, "EL INSTITUTO" dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción, indicará por escrito a "EL PROVEEDOR" las deficiencias que se deberán corregir.

"EL PROVEEDOR" podrá optar porque el Instituto efectúe el pago de los servicios suministrados, a través del esquema electrónico interbancario 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 de Finanzas de la Unidad Médica de Alta Especialidad (U.M.A.E.), Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán, sito en calle 41 número 439 x 34 colonia Industrial, código postal 97150 de la ciudad de Mérida, Yucatán, de 08:00 a las 13.00 horas, en días hábiles de oficina, petición escrita indicando: razón social, domicilio fiscal, número telefónico y fax, nombre completo del apoderado legal con facultades de cobro y su firma, número de cuenta de cheques (número de clabe bancaria estandarizada), banco, sucursal y plaza, así como, número de proveedor asignado por el IMSS.

En caso de que "EL PROVEEDOR" solicite el abono en una cuenta contratada en un banco diferente a los antes citados (interbancario), el IMSS realizará la instrucción de pago en la fecha de vencimiento del contrarrecibo y su aplicación se llevará a cabo al día hábil siguiente, de acuerdo con el mecanismo establecido por el Centro de Compensación Bancaria (CECOBAN).

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 les serán devueltos en el mismo acto.

"EL PROVEEDOR" cumplirá con la inscripción de sus trabajadores en el régimen obligatorio del seguro social, así como el pago de las cuotas obrero-patronales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en la ley del seguro social. "EL INSTITUTO" podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de dicha obligación.

"EL PROVEEDOR" podrá solicitar a "EL INSTITUTO", a través del Departamento de Finanzas ubicado en la Calle 41 Núm. 439 Por 34 de la Col. Industrial, C.P. 97157 de la Ciudad de Mérida, Yucatán, por escrito y previo al cobro de cualquier factura, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 B, última párrafo, de la ley del seguro social, en el supuesto de que durante la vigencia del presente contrato, se generen cuentas por liquidar a su cargo, liquidadas y exigibles a favor de "EL INSTITUTO", le sean aplicados como descuentos en los recursos que le corresponda percibir con motivo del presente instrumento jurídico, contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero patronales.

"EL PROVEEDOR" que tenga cuentas líquidas y exigibles a su cargo por concepto de cuotas obrero-patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B de la Ley del Seguro Social, acepta que "EL IMSS" las compense con el o los pagos que tenga que hacerle por concepto de contraprestación por la contratación de bienes o servicios.

"EL PROVEEDOR" que celebre contratos de cesión de derechos de cobro, 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 contrarrecibos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión, el mismo procedimiento aplicará en el 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.

El pago de la prestación del servicio quedará condicionado proporcionalmente al pago que "EL PROVEEDOR" deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.

Durante la vigencia del presente contrato, "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" vigente, positiva y validada por el administrador del contrato.



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLÉZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

l) Establecer los 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.

- ✓ Deberán de proporcionar la atención del servicio en pacientes hospitalizados en un lapso menor a 24 horas, se les informará y avisará del requerimiento del servicio por vía telefónica, por lo que el subrogatario deberá proporcionar número telefónico para la atención de los pacientes del instituto.
- ✓ Se entregará el formato de solicitud de servicio subrogado al momento de acudir a proporcionar el servicio. Formato (4-30-2/03) con un número de folio interno y con las firmas originales de medico solicitante, jefe del servicio, el administrador del contrato y del director médico.
- ✓ Se verificará que realice el procedimiento en la fecha establecida.

m) En caso de que se solicite el otorgamiento de anticipo, deberá señalarse el porcentaje y forma de amortización de este, el cual debe ajustarse a las disposiciones establecidas en los artículos 13, 45 fracciones IX y X de la LAASSP y 81 fracción V del RLAASSP, y el numeral 4.2.7 del MAAGAASSP. Así como la justificación para el otorgamiento del anticipo.

- ✓ No aplica



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

**ANEXO NÚMERO 2 (DOS)**

**PROPOSICIÓN ECONÓMICA**

**(UTILIZAR PREFERENTEMENTE PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>		DÍA	MES	AÑO
<b>FECHA DE VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN</b>		DÍA	MES	AÑO
FECHA:				
NOMBRE DEL LICITANTE _____				
R.F.C. _____				
DOMICILIO _____				
<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<b>NUMERO DE PROVEEDOR IMSS</b>	
LOS SERVICIOS PROPUESTOS, SE APEGAN A LA DESCRIPCIÓN Y CONDICIONES SOLICITADAS POR EL IMSS Y QUE SE INDICAN EN EL <b>ANEXO NÚMERO 1 (UNO)</b> DE ESTA PETICIÓN DE OFERTAS No. <b>IM-015-2024</b> PROPUESTOS PARA LA UNIDAD: MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN YUCATÁN.				

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

CONFORME A LAS BASES DE LA PETICIÓN DE OFERTAS N° **IM-015-2024**, RELATIVO A LOS **SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA POSTQUIRURGICA ADULTO Y PEDIATRICO PARA EL EJERCICIO 2025 DESCRITOS EN EL ANEXO NÚMERO 1 (UNO)** QUE A CONTINUACIÓN PRESENTAMOS A USTED NUESTRA PROPOSICIÓN ECONÓMICA, MISMA QUE CUBRE EL SERVICIO CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS EN LA PRESENTE PETICIÓN DE OFERTAS:

PAQUETE	Nombre del Servicio	Estudio	Proyecto de Estudio a Subrogar	ESTUDIOS		PRECIO UNITARIO OFERTADO	I.V.A. (SI APLICA)	MONTO TOTAL MÍNIMO	MONTO TOTAL MÁXIMO
				MÍNIMOS	MÁXIMOS				
							<b>TOTAL</b>		

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL LICITANTE.**

**NOTA:** El presente formato de propuesta económica, lo deberá firmar, escanear y adjuntar a su propuesta electrónica, en la inteligencia de que, en caso de existir diferencias entre la proposición impresa (escaneada) y la electrónica, se estará a lo propuesto en forma impresa, así mismo se solicita además del archivo escaneado, adjuntar el archivo en formato Excel (formato modificable) para agilizar el evento de apertura de proposiciones.



**2024**  
**Felipe Carrillo**  
**PUERTO**  
GOBIERNO DEL PUEBLO  
DE YUCATÁN



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ"  
Departamento de Abastecimiento  
Oficina de Adquisiciones

**ANEXO 3 (TRES)**

\_\_\_\_\_ (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 (Licitación Pública Nacional o Internacional) o (Adjudicación Directa Nacional o Internacional), a nombre y representación de: \_\_\_\_\_ (persona física o moral) \_\_\_\_\_.

No. (licitación o adjudicación) \_\_\_\_\_  
No. Reg. Patronal en IMSS \_\_\_\_\_

No. Proveedor I.M.S.S.: \_\_\_\_\_  
No. Reg. INFONAVIT \_\_\_\_\_

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

