Mérida, Yucatán, a 28 de Octubre del año 2015

**Oficio Circular No. 338001150900/CAE/DABCS/OABCS/4968**

**A toda la proveeduría cuyo objeto preponderante es la venta y distribución de Medicamentos, Material de Curación, Material Radiologico y Material de Laboratorio:**

**El Instituto Mexicano del Seguro Social,** como **entidad** del Gobierno Federal, sus actividades de suministro, arrendamientos y servicios, están reguladas entre otras disposiciones por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento.

En este sentido y en observancia a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 134 y de conformidad con los artículos 3 fracción I, 26 fracción III, 26 Bis fracción II, 28 fracción II y 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento de la Delegación Yucatán, le solicita cotización para el procedimiento de Adjudicación Directa Internacional Bajo la Cobertura de Tratados Electrónica **Número SA-019GYR011-T234-2015 (AD-119-15)**, para la adquisición de **Medicamentos, Material de Curación, Material Radiológico y Material de Laboratorio**, mismos que se relacionan en el **Anexo Número 2 (dos)** del presente oficio, con el propósito de solventar las necesidades de la Delegación Yucatán, del ejercicio 2015.

**MEDIO QUE SE UTILIZARÁ PARA LA SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

ELECTRÓNICA.- Esta solicitud de cotización sólo acepta proposiciones electrónicas con base en el artículo 27 de la LAASSP. Las cuales deberán estar suscritas mediante firma electrónica que emita el SAT para el cumplimiento de obligaciones fiscales, **la omisión de la firma electrónica será causal de desechamiento.**

Los interesados en participar en el procedimiento deberán contar con registro de identificación electrónica ante CompraNet versión 5.0., de conformidad a lo señalado en el “ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES QUE DEBERÁN OBSERVAR PARA LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, DENOMINADO COMPRANET”, NUMERALES 14 AL 17. PUBLICADO EN EL DOF EL 28-06-11.

Para tal efecto, en sustitución de la firma autógrafa, se emplearán los medios de identificación electrónica que establezca la SFP.

No obstante es pertinente aclarar que no todos los archivos de la propuesta deberán ser transmitidos con la firma **FIEL, únicamente deberán firma digitalmente el archivo final, tanto técnico como económico** (una especie de resumen) generado por el sistema CompraNet y no cada uno de los archivos que adjunten, en virtud de que al dar clic en enviar proposición, aparece la siguiente leyenda:

**\*\*\*\*\*\*\*inicia firma de proposiciones\*\*\*\*\*\*\*\*\***

Estos archivos los genera el CompraNet

Descargar pdf de requerimiento técnico: tecnicalenvelopesummary.pdf

Descargar pdf de requerimiento económico: priceenvelopesummary.pdf

Los cuales una vez descargados, deberán firmarse digitalmente, con esto cambia la extensión de los archivos firmados a la extensión p7m.Todos los demás archivos que se adjunten a la plataforma deberán estar firmados previamente y escaneados en formato pdf.

Los precios propuestos permanecerán fijos durante la vigencia del pedido. El proveedor adjudicado queda obligado a suscribir el pedido que se derive con base en los términos y condiciones establecidos en esta solicitud de cotización.

***FECHA, HORA Y DOMICILIO DE LOS EVENTOS***

* La fecha y hora límite para la recepción de cotizaciones será el día **04 de Noviembre del año 2015 a las 10:00** horas.
* El **comunicado de resultado** de este evento será el día **09 de Noviembre del año 2015 a las 12:00** horas.
* La fecha de firma del pedido, en caso de resultar adjudicado será el **10 de Noviembre del año 2015, a partir de las 12:00** horas en la Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en **calle 44 número 999 por 127 y 127 B colonia Serapio Rendón, C.P. 97285 de la Ciudad de Mérida, Yucatán,** con una vigencia del **11 al 20 de Noviembre del 2015.**

El comunicado de resultado de la adjudicación directa se  pondrá para efectos de notificación,  a disposición de los participantes en el pizarrón de avisos de la Coordinación Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento, sita en calle 44 con número 999 por 127 y 127 B Colonia Serapio Rendón, C.P. 97285 de la ciudad de Mérida, Yucatán, por un término de cinco días hábiles, en el horario comprendido de las 08:00 a las 16:00 horas, siendo de la exclusiva responsabilidad de los participantes acudir a enterarse de su contenido y obtener copia del mismo. Dicho aviso sustituye a la notificación personal,  de conformidad con el artículo 37 Bis de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**PARA FORMULAR SU COTIZACIÓN,**

**SE DEBERÁ CONSIDERAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS:**

Acompañar a su cotización escrito bajo protesta de decir verdad, mediante el cual los participantes acreditarán su personalidad jurídica, pudiendo utilizar el formato que aparece en el **Anexo Número 1 (uno).**

Escrito bajo protesta de decir verdad, en papel membretado de la empresa en el que el proveedor y/o prestador del servicio, manifieste la ubicación que le corresponda en la estratificación establecida en el Artículo 3, Fracción III de la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa, de acuerdo al formato del **Anexo Número 3** **(tres)** de la presente solicitud de cotización, o en su caso deberán anexar el documento en el que indique que no participa como empresa Mipyme.

* **1.- Las especificaciones de los bienes cotizados (que se anexan al presente en el Anexo Número 2 (dos).**
* **Partida, Clave(s),** descripción amplia y detallada, **presentación, marca y/o fabricante, procedencia** y cantidades de los bienes ofertados conforme al **Anexo Número 2 (dos)** del presente oficio, nombre y Registro Federal de Contribuyentes del participante, nombre y Registro Federal de Contribuyentes del fabricante en su caso. Escrito Libre.
* El participante deberá entregar escrito bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 de la Ley. **(Formato libre).**
* Escrito bajo protesta de decir verdad en el que el representante legal o persona física, manifieste que la totalidad de sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del seguro social. (En caso de no contar con trabajadores lo deberá de manifestar y en su caso, proporcionar copia del convenio de intermediación laboral, en términos de lo dispuesto en la normatividad vigente en la materia), así mismo que declare que cuenta con los siguientes registros: Registro Federal de Contribuyentes y Registro Patronal del IMSS, conforme al **Anexo Número 5 (cinco)** de la presente Solicitud de Cotización. **Para el supuesto de que el participante cuente con convenio de intermediación laboral (outsourcing) y su contrato rebase los $ 300,000.00, sin incluir el I.V.A. deberá presentar la opinión del tercero con el que subcontrata, previo a la formalización de su contrato.**
* **2.- Indicar en su propuesta técnica el Origen de los Bienes (nacional o importado).**
* **3.- Los métodos de prueba empleados para la determinación de sus especificaciones, en caso de que estos sean diferentes a los señalados en la especificación del Instituto Mexicano del Seguro Social.**
* **Normas.**

**Para el caso de la clave 080.025.0052.00.02 incluida en el Anexo 2 se destaca que, de acuerdo al Oficio No. 09-A3-61.61-1-2070/2813 emitido por la Coordinación de Control Técnico de insumos (COCTI), la empresa Dentilab, S.A. de C.V., no cuenta con lote de corrección autorizado para su distribución al instituto, esto aunado a los múltiples reportes de queja de este producto atribuibles a este proveedor por las unidades de nuestra delegación, por lo que no se aceptarán propuestas de esta marca, por las razones expuestas.**

**Registros Sanitarios o Permisos Especiales.**

***IDENTIFICAR EN CADA REGISTRO SANITARIO, LA CLAVE QUE CORRESPONDE A SU OFERTA.***

Copia del Registro Sanitario ***vigente******expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años)***, debidamente identificado por el número de partida y clave propuesta. Así como los anexos correspondientes al marbete, que acredite fehacientemente que el producto ofertado cumple con la descripción del Cuadro Básico, sin embargo, en el supuesto de que en el Registro Sanitario se expresen todas las especificaciones del producto para acreditar tal extremo, la presentación de los anexos correspondientes al marbete será optativa para los participantes. En caso de que los bienes ofertados no requieran de Registro Sanitario, deberá presentar constancia oficial, expedida por la SSA, con firma autógrafa y cargo del servidor público que la emite, que lo exima del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior y con base en el oficio SOO/788/2010 emitido por la COFEPRIS, a fin de no limitar la libre participación deberán acompañar, en su caso, la siguiente documentación:

- Copia simple del Registro Sanitario sometido a prórroga.

- Copia simple del acuse de recibo del trámite de prórroga del Registro Sanitario ante COFEPRIS a más tardar el 24 de febrero de 2010.

- Carta en hoja membretada firmada por el representante legal del titular del Registro en donde bajo protesta de decir verdad manifieste que el trámite de prórroga de Registro Sanitario, del cual presenta copia, fue sometido en tiempo y forma y, que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga de Registro Sanitario.

Durante la vigencia del (los) pedido(s) que, en su caso, se adjudique(n), con motivo de la presente adjudicación, el Instituto podrá solicitar al (los) proveedor (es), en cualquier tiempo durante la vigencia del instrumento jurídico de referencia:

* El Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación, expedido por la COFEPRIS.
* Las muestras necesarias para verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes; en los casos de bienes que requieran Registro Sanitario, serán evaluados a través de Terceros Autorizados por la Secretaría de Salud.
* Las muestras necesarias para verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes; en los casos de bienes que no requieran Registro Sanitario, se realizará a través de las personas acreditadas por la Entidad Mexicana de Acreditación, A.C. (EMA) (Organismo de Certificación o Laboratorio de Pruebas), de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

**NOTA**: “***En caso de que no existan personas acreditadas por la EMA o Terceros Autorizados por la Secretaría de Salud, según sea el caso, el Instituto a través del área responsable, evaluará las especificaciones de los bienes.”***

* El Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes al participante que resulte adjudicado.
* Así mismo, el Instituto durante la vigencia del pedido coadyuvará con la autoridad sanitaria (COFEPRIS), informándole los resultados de aquellos insumos para la salud que no  cumplan con la normatividad establecida.
* La evaluación de los insumos para la salud se realizará conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, en los artículos aplicables, conforme a lo establecido en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus Suplementos, en las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Internacionales, así como las especificaciones técnicas del Instituto y a falta de éstas, de acuerdo a las especificaciones técnicas del fabricante.

En caso de encontrarse alguna inconsistencia de acuerdo con la legislación sanitaria o las autorizaciones otorgadas por la COFEPRIS, el Instituto lo hará del conocimiento de dicha autoridad.

* **Proposición Económica.**

La proposición económica, deberá contener la cotización de los bienes ofertados, indicando la clave/partida, presentación, procedencia, cantidad, precio unitario, subtotal y el importe total de los bienes ofertados, desglosando el IVA, conforme al **Anexo Número 4 (cuatro)**, el cual forma parte de la presente solicitud de cotización, misma que **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.**

En caso de que se detecte un error de cálculo en alguna proposición, se podrá llevar a cabo su rectificación cuando la corrección no implique la modificación del precio unitario. En caso de discrepancia entre las cantidades escritas con letra y número, prevalecerá la primera, por lo que de presentarse errores en las cantidades o volúmenes solicitados, estos podrán corregirse.

Los precios ofertados por los participantes, permanecerán fijos durante la vigencia del pedido.

Las cotizaciones deberán elaborarse a 2 (dos) decimales.

**Señalar la fecha de vigencia de su Propuesta.**

* **4- Condiciones de entrega:**

**La entrega de los bienes será a más tardar dentro de los diez días naturales posteriores a la firma del pedido correspondiente, por lo que no requerirán de garantía de cumplimiento de obligaciones, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en consecuencia, los participantes no deberán incluir en sus propuestas los costos por dicho concepto, según se establece en el último párrafo del artículo 86 del Reglamento de la Ley.**

**Dicho plazo considera un máximo de 8 (ocho) días naturales de manera oportuna y 2 (dos) días con sanción, equivalente al 5% por cada día natural de atraso por cada clave, de conformidad a lo establecido en el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.**

**Dicha entrega se realizará en el Almacén Delegacional ubicado en la calle 44 con número 999 por 127 y 127 B Colonia Serapio Rendón, C.P. 97285 de la Ciudad de Mérida, Yucatán.**

**En referencia a la clave 060.506.2736.02.01 incluida en el anexo 2, se solicita que la entrega de dicho insumo se realice en la Farmacia del Hospital General Regional No.1. Ignacio Garcia Téllez ubicado en la calle 41, No. 439 por Ex-terrenos el Fénix, Col. Industrial, Mérida, Yucatán, C.P. 97150.**

**El horario de recepción será de 8:30 a 15:30 horas, en días hábiles para el Instituto.**

El proveedor deberá entregar junto con los bienes: Original y 7 (siete) copias de la remisión o bien del pedido generado en la que se indique el número de lote, fecha de caducidad (en caso de aplicar), número de piezas y descripción de los bienes, de acuerdo al Anexo 2 (dos); además informe analítico del lote a entregar, emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante.

**La transportación de los bienes, las maniobras de carga y descarga en el lugar de entrega serán a cargo del proveedor, así como el aseguramiento de los bienes, hasta que éstos sean recibidos de conformidad con el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

**Durante la recepción de los bienes por parte de “EL INSTITUTO”, éstos serán sujetos a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se entreguen conforme a la descripción del Catálogo de Artículos de “EL INSTITUTO”, así como con las condiciones requeridas, considerando cantidad, empaques y envases en buen estado.**

**Durante la recepción de los bienes por parte de “EL INSTITUTO”, éstos serán sujetos a una verificación visual aleatoria, con objeto de revisar que se entreguen conforme a la descripción del Catálogo de Artículos de “EL INSTITUTO”, así como con las condiciones requeridas, considerando cantidad, empaques y envases en buen estado.**

**Asimismo, se verificará que el Código de Barras que ostenten los bienes a entregar corresponda a los empaques primarios y/o secundarios (CODIGOS UPC-A, UPC-E, EAN-13, o EAN-A8), así como los correspondientes a sus empaques colectivos (CODIGO DUN-14), de acuerdo a las normas internacionales de codificación, los que no deberán modificarse durante la vigencia del pedido.**

**Cabe resaltar que mientras no se cumpla con las condiciones de entrega establecidas, “EL INSTITUTO” no dará por recibidos y aceptados los bienes.**

**Los bienes terapéuticos que se entreguen deberán apegarse estrictamente a las especificaciones, descripciones, presentaciones y demás características que se indican en el Anexo Núm. 2 (dos).**

**Para los bienes que no tengan fecha de caducidad impresa en la etiqueta, el período de garantía será de cinco años a partir de la fecha de fabricación, por lo cual “EL PROVEEDOR” debe proporcionar el sistema de lotificación del fabricante.**

**En el supuesto de que el Instituto detecte que el proveedor haya entregado con características distintas a las contratadas, se procederá al rechazo de los bienes.**

**Penas convencionales:**

El Instituto aplicará una pena convencional después de los 8 días naturales para la entrega, del 5% (cinco por ciento) por cada día natural de atraso, sobre el monto de lo incumplido sin considerar el IVA, en el entendido de que la aplicación de esta sanción no excederá de 2 días naturales contados a partir del día siguiente a la fecha de entrega indicada.

Asimismo el Instituto aplicará una pena convencional del 2.5% (dos punto cinco por ciento) por cada día natural de atraso sobre el monto de lo incumplido sin considerar el IVA, cuando el proveedor no reponga dentro del plazo señalado en el numeral 5 de la presente solicitud de cotización, los bienes que el Instituto haya solicitado para su canje.

“EL PROVEEDOR” a su vez, autoriza a “EL INSTITUTO” a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional señalada en el párrafo anterior, sobre los pagos que deberá cubrir a “EL PROVEEDOR”.

Conforme a lo previsto en el último párrafo del artículo 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del Artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en ningún caso se aceptará la estipulación de penas convencionales a cargo de “EL INSTITUTO”.

**Condiciones de Pago**

 **Considerar en su cotización que el pago es a los 20 días naturales posteriores a la entrega de la documentación respectiva.**

El pago se efectuará en pesos mexicanos, a los 20 días naturales posteriores a la entrega por parte del proveedor, de los siguientes documentos:

* Dos tantos de la representación impresa del comprobante fiscal digital que reúna los requisitos fiscales establecidos en la Ley de la materia a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social, con Registro Federal de Contribuyentes IMS421231I45, domicilio en Avenida Paseo de la Reforma Núm. 476, Colonia Juárez, C.P. 06600, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., para la validación de dichos comprobantes el Proveedor deberá cargar en Internet, a través del Portal de Servicios a Proveedores de la página del IMSS el archivo en formato XML, la validez de los mismos será determinada durante la carga y únicamente los comprobantes validos serán procedentes para pago.

El comprobante fiscal digital deberá indicar los bienes entregados, el número de proveedor IMSS, el número de pedido, el número de alta(s), mismo que deberá ser entregado en el Departamento de Presupuesto, Contabilidad y Erogaciones, sito en calle 41 número 439 x 34 colonia Industrial, Código Postal 97150 de la Ciudad de Mérida, Yucatán de 8:00 a las 13:00 horas.

El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancario que el IMSS tiene en operación, a menos que el proveedor acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello, para lo cual se insertará en los contratos lo siguiente:

“El proveedor acepta que el IMSS le efectúe el pago a través de transferencia electrónica, para tal efecto proporcionará el número de cuenta, CLABE, Banco y Sucursal a nombre del proveedor”.

El pago se depositará en la fecha programada, a través del esquema interbancario si la cuenta bancaria del proveedor está contratada con BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC, o SCOTIABANK INVERLAT o a través del esquema interbancario vía SPEI (Sistema de Pagos Electrónicos Interbancarios) si la cuenta pertenece a un banco distinto a los antes mencionados.

Para tal efecto, el proveedor deberá presentar en el Departamento de presupuesto, contabilidad y erogaciones, 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, 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.

Asimismo, el Instituto aceptará del proveedor, que en el supuesto de que tenga cuentas liquidas y exigibles a su cargo, aplicarlas contra los adeudos que, en su caso, tuviera por concepto de cuotas obrero patronales, conforme a lo previsto en el artículo 40 B, de la Ley del Seguro Social.

El proveedor que celebre contrato 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 contra-recibos 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.”

En el contrato se deberá indicar que el Proveedor se obliga a no cancelar ante el SAT los CFDI a favor del IMSS previamente validados en el Portal de Servicios a Proveedores, salvo justificación y comunicación por parte del mismo al Administrador del Contrato para su autorización expresa, debiendo éste informar a las áreas de trámite de erogaciones de dicha justificación y Reposición del CFDI en su caso.

 El pago de los servicios quedará condicionado proporcionalmente al pago que el Proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales.

En caso de aplicar, el contrato deberá señalar que el Proveedor deberá entregar el CFDI a favor del IMSS por el importe de la aplicación de la pena convencional por atraso o deficiencia del servicio.

En ningún caso, se deberá autorizar el pago de los bienes o servicios, sí no se ha determinado, calculado y notificado al Proveedor las penas convencionales o deducciones pactadas en el contrato, así como su registro y validación en el Sistema PREI Millenium.

En relación a las reglas en materia de comprobantes fiscales digitales (CFD y CFDI), así como comprobantes fiscales impresos por medios propios (CBB), que entraron en vigor el pasado 1 de julio del 2012, se debe de considerar para el trámite de pago de sus contratos vigentes, lo siguiente:

1. **Régimen Fiscal.-** Deberán incluir en el comprobante fiscal el régimen fiscal del contribuyente que expide dicho comprobante.
2. **Método de Pago**.- Al momento de emitir el comprobante fiscal deberá señalar el método de pago que hasta la fecha tiene con el Instituto. En caso de que al momento de emitir el comprobante, no sea posible identificar el método de pago, se podrá utilizar la expresión “No identificado”.
3. **Número de la Cuenta de la cual procede el pago.-** Deberá señalarse en el comprobante fiscal los últimos cuatro dígitos del número de la cuenta de la cual procede al pago, excepto en el caso de que el pago haya sido en efectivo o cuando se utilice la expresión “No identificado”.

Para el caso del Instituto, la Relación de cuentas vigentes en delegaciones para pago con cheque a proveedores, las puede obtener en la dirección electrónica https://201.144.108.83:8443/Pagos\_Prov/faces/index.xhtml#

1. **Unidad de Medida.-** Deberá incluirse la unidad de Medida del bien o los bienes que se describen en el comprobante, de conformidad con lo establecido en el Sistema General de Unidades de Medidas, a que se refiere la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, las señaladas en el apéndice 7 del Anexo 22 de las Reglas de Carácter General en Materia de Comercio Exterior y las demás aceptadas por la Secretaría de Economía. Se establece que tratándose de los casos de prestación de servicios o uso o goce temporal de bienes se podrá asentar la expresión “No aplica”.
2. **Versión del CFD o del CFDI.-** Desde el 1 de Julio, debe de validarse que los comprobantes que se expidan o los que se reciban habiendo sido expedidos a partir de la misma fecha correspondan a las versiones siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Antes del 1 de Julio de 2012** | **A partir del 1 de Julio de 2012** |
| Para CFD | 2.0 | 2.2 |
| Para CFDI | 3.0 | 3.2 |

La versión del CFD o CFDI puede confirmarse de manera visual, identificando “2.2” o “3.2” al inicio de la cadena original que se encuentra en la expresión impresa de cada comprobante.

Para cualquier aclaración, pueden dirigirse a la Oficina de Trámite de Erogaciones, ubicada en calle 41, No. 439 por Ex-terrenos el Fénix, Col. Industrial, Mérida, Yucatán, C.P. 97150, y/o al teléfono 9-22-56-56, extensión 61128.

* **5.- Garantías**

**Garantía de cumplimiento del pedido.**

En términos del artículo 48 de la Ley, no se requerirá de garantía de cumplimiento de obligaciones, en virtud de que la entrega de los bienes será a **más tardar dentro de los diez días naturales posteriores a la firma del pedido correspondiente, considerándose** un máximo de 8 (ocho) días naturales como entrega oportuna y 2 (dos) días naturales más con sanción.

**Garantía de los bienes.**

El proveedor deberá entregar junto con los bienes una garantía de fabricación con cobertura amplia hasta la fecha de caducidad impresa en el marbete del producto, contra vicios ocultos, defectos de fabricación o cualquier daño que presenten, la cual deberá entregar al Instituto por escrito en papel membretado, debidamente firmada por el representante legal de éste y a entera satisfacción del Instituto.

El proveedor deberá presentar, a más tardar el día de la firma del pedido, escrito en papel membretado, firmado por su representante legal, por el que se garantice que el período de caducidad, no podrá ser menor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega de los bienes.

No obstante lo anterior, el proveedor podrá entregar bienes con una caducidad mínima de 9 (nueve) meses, siempre y cuando entregue una carta compromiso, escrita en papel membretado y firmado por su representante legal, en la cual se obligue a canjear sin costo alguno para el Instituto, aquellos bienes que no sean consumidos, por el Instituto, dentro de su vida útil.

**Canje:**

El Instituto, por conducto del Departamento de Suministro y Control del Abasto a través del responsable de la Oficina de Suministro o a quien éste designe, deberá solicitar al proveedor, el canje de los bienes que presenten defectos a simple vista, especificaciones distintas a las establecidas en el pedido o vicios ocultos, debiendo notificar al proveedor dentro del periodo de 3 (tres) días hábiles siguientes al momento en que se haya percatado del vicio o defecto.

El proveedor deberá reponer los bienes sujetos a canje, en un plazo que no excederá de 3 (tres) días hábiles, a entera satisfacción del Instituto, contados a partir de la fecha de su notificación.

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

El proveedor se obliga a responder por su cuenta y riesgo, de los daños y/o perjuicios que por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o a terceros.

Para aquellos bienes que durante su vida útil, es decir, antes de su fecha de caducidad, presenten algún defecto o el área usuaria manifieste algún reporte de queja en el sentido de que el uso del bien puede causar daños a la salud, reacciones adversas y en su caso afectar la calidad del servicio proporcionado al derechohabiente, deberán ser notificados a la Secretaria de Salud; además de proceder a realizar el canje, de conformidad con los plazos establecidos para tal efecto, en el presente numeral.

“EL INSTITUTO” procederá a la devolución del total de las existencias de los bienes entregados por “EL PROVEEDOR”, informando a la COFEPRIS y al Área Médica, en los casos que a continuación se detallan:

1. Cuando con posterioridad a la entrega de lotes corregidos, se detecte el mismo defecto de lotes anteriores y éstos no hayan sido repuestos.
2. Cuando un bien pueda producir condiciones peligrosas o inseguras para las personas que lo utilicen.
* **6.- ACREDITACIÓN DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.**

El Instituto no contratará servicios o adquirirá bienes con los particulares que se señala en las fracciones I, II, III y IV, del Artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación.

De conformidad con dicha disposición, por cada contrato, el participante que resulte con adjudicación y cuyo monto sea superior a $300,000.00, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA), deberá presentar dentro del plazo legal para la formalización del contrato, el documento vigente expedido por el S.A.T., en el que emita **opinión positiva a nombre del participante sobre el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, así como de la empresa de intermediación laboral (outsourcing)** en su caso; conforme a lo dispuesto por las Reglas **2.1.27** y **2.1.35** de la Resolución Miscelánea Fiscal vigente, y sus actualizaciones, emitida por el S.A.T., publicada en el D.O.F. el 30 de diciembre de 2014, o las que se encuentren vigentes al momento de la firma correspondiente, así como la(s) opinión(es) del cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social de conformidad con las **“Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social”.** Publicado en el D.O.F. el 27 de febrero de 2015, tanto del participante cuando cuente con trabajadores, como del intermediario laboral **(outsourcing)** en su caso.

Tratándose de proposiciones conjuntas, presentadas en términos del artículo 34 de la LAASSP, se deberá presentar la opinión que emite el SAT y el INSTITUTO, por cada uno de los participantes en dicha proposición.

La(s) “Opinión(es) del cumplimiento de obligaciones fiscales” citadas en este numeral, deberá presentarse en la Oficina de Contratos de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, ubicada en la calle 44 número 999 entre 127 y 127 B Colonia Serapio Rendón, Código Postal 97285, Mérida Yucatán, en días hábiles de 9:00 a 16:00 horas.

En caso de que el o los participante(s) que resulte con adjudicación no presente las “Opiniones del cumplimiento de obligaciones fiscales” ( SAT e IMSS) dentro del plazo establecido para la formalización del o los contratos correspondientes, o esta no sea positiva y no presente el convenio celebrado con la autoridad fiscal, el Instituto se abstendrá de formalizar el o los contrato(s) correspondientes, conforme a lo previsto por el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación y, en caso de proceder, se estará a lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 46 de la LAASSP. Asimismo, el Instituto remitirá a la SFP la documentación de los hechos presumibles constitutivos de infracción por la falta de formalización del contrato, por causas imputables al participante con adjudicación.

**NOTA:** Para los participantes que no cuenten con número de proveedor en el IMSS, deberán entregar junto con su propuesta los siguientes documentos:

* Escrito libre mediante el cual indique su R.F.C., domicilio fiscal, número de cuenta y CLABE, para que le sea realizado el pago mediante transferencia electrónica.
* Copia simple de inscripción al RFC y en su caso del cambio de domicilio (R1 ó R2 ante la SAT se indique domicilio fiscal vigente).
* Copia simple del RFC
* Copia simple de estado de cuenta bancario que tenga legible la CLABE interbancaria.
* Copia simple de una factura Copia simple de comprobante de domicilio
* Copia simple de credencial de elector del representante legal.
* Copia simple de CURP en caso de ser persona física
* **Y en caso de ser persona moral**, deberá de presentar copia simple del acta constitutiva de la empresa y poder notarial del representante legal.

Para cualquier duda o información relacionada con esta solicitud favor de dirigirse a los teléfonos (01-999) 940-2560, 940-2569 y 940-2564 o a los correos electrónicos: cesar.jimenez@imss.gob.mx y/o leonardo.garciah@imss.gob.mx y/o silvia.arceo@imss.gob.mx y/o alma.medinal@imss.gob.mx.

Favor de enviar acuse de recibo de esta solicitud a los referidos correos electrónicos.

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

**A T E N T A M E N T E**

Lic. César Augusto Jiménez Flores

Coordinador Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento.

‘LJGH’SVAF’AKML\*

**ANEXO NÚMERO 1 (UNO)**

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

No. de la adjudicación directa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Número de Proveedor IMSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Registro Federal de Contribuyentes:Domicilio.-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:Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:Relación de socios.-Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre(s):Descripción del objeto social:Reformas al acta constitutiva: |
| 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 pedido 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

(Firma)

**ANEXO NÚMERO 2 (DOS)**

**REQUERIMIENTO**

**INCUMPLIMIENTOS**

| **PARTIDA** | **CLAVE** | **DESCRIPCIÓN** | **PRESENTACIÓN** | **CANTIDAD**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS** |
| 1 | 010 000 1935 00 00 | CEFOTAXIMA SOLUCION INYECTABLE CADA FRASCO AMPULA CON POLVO CONTIENE: CEFOTAXIMA SODICA EQUIVALENTE A 1 G DE CEFOTAXIMA. ENVASE CON UN FRASCO AMPULA Y 4 ML DE DILUYENTE.  |  ENV 1 ENV  |  29,739  |
| 2 | 010 000 1971 00 00 | ERITROMICINA CAPSULA O TABLETA CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: ESTEARATO DE ERITROMICINA EQUIVALENTE A 500 MG DE ERITROMICINA. ENVASE CON 20 CAPSULAS O TABLETAS.  |  ENV 20 C.T  |  1,499  |
| 3 | 010 000 3413 00 00 | INDOMETACINA CAPSULA CADA CAPSULA CONTIENE: INDOMETACINA 25 MG ENVASE CON 30 CAPSULAS.  |  ENV 30 CAP  |  6,030  |
| 4 | 010 000 4298 00 00 | CICLOSPORINA CAPSULA DE GELATINA BLANDA CADA CAPSULA CONTIENE: CICLOSPORINA MODIFICADA O CICLOSPORINA EN MICROEMULSION 100 MG ENVASE CON 50 CAPSULAS  |  ENV 50 CAP  |  143  |
| 5 | 010 000 5106 00 00  | ATORVASTATINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 20 MG DE ATORVASTATINA. ENVASE CON 10 TABLETAS.  |  ENV 10 TAB  |  12,070  |
| 6 | 060 130 0015 13 01 | BOTA QUIRURGICA DE TELA NO TEJIDA 100% DE POLIPROPILENO, TIPO SMS, DE 35 G/M CUADRADOS MINIMO, IMPERMEABLE A LA PENETRACION DE LIQUIDOS Y FLUIDOS, ANTIESTATICA, CON DOS CINTAS DE SUJECION. DESECHABLE.  |  PAR 1 PAR  |  37,199  |
| **MATERIAL DE CURACIÓN** |
| 7 | 060 167 5010 11 01 | CATETERES PARA SUMINISTRO DE OXIGENO. CON TUBO DE CONEXIÓN Y CANULA NASAL. DE PLASTICO, CON DIAMETRO INTERNO DE 2 MM. LONGITUD. 180 CM.  |  PZA 1 PZA  |  1,191  |
| 8 | 060 167 6661 12 01 | CATETERES PARA CATETERISMO VENOSO CENTRAL, CALIBRE 7 FR X 20 CM DE LONGITUD, DE POLIURETANO O SILICON, PUNTA FLEXIBLE, RADIOPACO, CON TRES LUMENES INTERNOS, DISTAL CALIBRE 16 G, MEDIO CALIBRE 18 G Y PROXIMAL CALIBRE 18 G, DISPOSITIVO DE FIJACION AJUSTABLE CON MINIMO DOS CAPSULAS DE INYECCION Y EQUIPO DE COLOCACION QUE CONTIENE: JERINGA CON CAPACIDAD MINIMA DE 5 CC, AGUJA CALIBRE 17 G O 18 G DE 6.35 CM A 7.20 CM DE LONGITUD, GUIA DE ALMABRE DE 45 CM A 70 CM, CON PUNTA FLEXIBLE EN “J”, CONTENIDA EN FUNDA DE PLASTICO CON DISPENSADOR, DILATADOR VASCULAR Y SISTEMA PARA EVITAR LA EXTRAVASACION DE SANGRE, ESTERIL Y DESECHABLE.  |  PZA 1 PZA  |  101  |
| 9 | 060 168 0085 11 01 | SONDAS PARA ASPIRAR SECRECIONES. DE PLASTICO, ECON VALVULA DE CONTROL. ESTERIL Y DESECHABLE. TAMANO. INFANTIL LONGITUD. 55 CM CALIBRE. 10 FR DIAMETRO EXTERNO 3.3 MM. |  PZA 1 PZA  |  7,488  |
| 10 | 060 040 3760 11 01 | AGUJAS HIPODERMICA CON PABELLON LUER-LOCK HEMBRA, DE PLASTICO, DESECHABLE LONGITUD 16 MM CALIBRE. 25 G.  |  ENV 100 PZA  |  62  |
| 11 | 060 167 5010 11 01 | CATETERES PARA SUMINISTRO DE OXIGENO. CON TUBO DE CONEXIÓN Y CANULA NASAL. DE PLASTICO, CON DIAMETRO INTERNO DE 2 MM. LONGITUD. 180 CM.  |  PZA 1 PZA  |  1,135  |
| 12 | 060 345 0503 00 01 | EQUIPOS PARA APLICACIÓN DE VOLUMENES MEDIDOS. DE PLASTICO GRADO MEDICO, ESTERIL, DESECHABLE, CONSTA DE ; BAYONETA, FILTRO DE AIRE, CAMARA BURETA FLEXIBLE CON UNA CAPACIDAD DE 100 ML Y ESCALA GRADUADA DE MILIMETROS, CAMARA DE GOTEO FLEXIBLE, MICROGOTERO, TUBO TRANSPORTADOR, MECANISMO DE REGULADOR DE FLUJO, DISPOSIIVO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, OBTURADOR DEL TUBO TRANSPORTADOR, ADAPTADOR DE AGUJA, PROTECTOR DE LA BAYONETA Y PROTECTOR DEL ADAPTADOR. |  EQP 1 EQP  |  562  |
| 13 | 060 345 1865 11 01 | EQUIPOS PARA DRENAJE POR ASPIRACION PARA USO POSTQUIRURGICO. CONSTA DE: FUELLE SUCCIONADOR, SONDA CONECTORA, CINTA DE FIJACION, SONDA DE SUCCION, DIAMETRO EXTERNO DE 3 MM CON VALVULA DE REFLUJO Y VALVULA DE ACTIVACION. |  EQP 1 EQP  |  124  |
| 14 | 060 841 0478 12 01 | SUTURAS SINTETICAS NO ABSORBIBLES MONOFILAMENTO DE NYLON CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA. 45 CM CALIBRE DE LA SUTURA. 3-0 CARACTERISTICAS DE DE LA AGUJA. 3/8 DE CIRCULO CORTANTE (19-26 MM). |  ENV 12 PZA  |  354  |
| 15 | 080 148 0138 02 01 | CAJAS DE PETRI, DE PLASTICO, ESTERILES, DESECHABLES, EN MEDIDAS DE: 100 X 15 MM. CON CUBIERTA DE REPUESTO PARA LAS CAJAS DE LAS MEDIDAS MENCIONADAS.  |  PZA 1 PZA  |  880  |
| **DESABASTO**  |
| **MATERIAL CURACIÓN** |
| 16 | 060 066 0062 02 01 | JABONES PARA USO PREQUIRURGICO. LÍQUIDO Y NEUTRO (PH 7). | ENV 3.85 LTO |  151  |
| 17 | 060 130 0015 13 01 | BOTA QUIRURGICA DE TELA NO TEJIDA 100% DE POLIPROPILENO, TIPO SMS, DE 35 G/M CUADRADOS MINIMO, IMPERMEABLE A LA PENETRACION DE LIQUIDOS Y FLUIDOS, ANTIESTATICA, CON DOS CINTAS DE SUJECION. DESECHABLE. | PAR 1 PAR |  96,594  |
| 18 | 060 314 0054 11 01 | EQUIPOS PARA DRENAJE DE LA CAVIDAD PLEURAL. CON TRES CAMARAS PARA SELLO DE AGUA, SUCCION Y COLECCION DE LIQUIDOS. CON DOS VALVULAS DE SEGURIDAD DE ALTA PRESION POSITIVA Y NEGATIVA. ESTERIL Y DESECHABLE. CAPACIDAD 2100 A 2500 ML. | EQP 1 EQP |  130  |
| 19 | 060 345 1873 11 01 | EQUIPOS PARA DRENAJE POR ASPIRACION PARA USO POSTQUIRURGICO. CONSTA DE: FUELLE SUCCIONADOR, SONDA CONECTORA, CINTA DE FIJACION, SONDA DE SUCCION, DIAMETRO EXTERNO DE 6 MM CON VALVULA DE REFLUJO Y VALVULA DE ACTIVACION. | EQP 1 EQP |  143  |
| 20 | 060 841 0478 12 01 | SUTURAS SINTETICAS NO ABSORBIBLES MONOFILAMENTO DE NYLON CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA. 45 CM CALIBRE DE LA SUTURA. 3-0 CARACTERISTICAS DE DE LA AGUJA. 3/8 DE CIRCULO CORTANTE (19-26 MM). | ENV 12 PZA |  910  |
| 21 | 060 231 0591 00 01 | ROPA QUIRURGICA. PAQUETE PARA CIRUGIA GENERAL UNIVERSAL. TELA NO TEJIDA DE POLIPROPILENO, IMPERMEABLE A LA PENETRACION DE LIQUIDOS Y FLUIDOS, COLOR ANTIRREFLEJANTE, NO TRANSPARENTE, ANTIESTATICA Y RESISTENTE A LA TENSION EN USO | BOP 1 BOP |  956  |
| 22 | 060 506 2736 02 01 | INJERTO DE EPIDERMIS HUMANA, CULTIVADO IN VITRO, CONGELADO. ESTERIL. TAMAÑO 56 CM. CUADRADOS | PZA 1 PZA |  7  |
| **MATERIAL RADIOLOGICO** |
| 23 | 070 581 0158 00 01 | MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICOS HIDROSOLUBLES NO IONICOS EN CONCENTRACION DE 350 A 370 MG YODO/ML. IOVERSOL, IOPAMIDOL, IOHEXOL, IOPROMIDA, IOBITRIDOL. FRASCO CON 100 ML. | FCO 1 FCO |  51  |
| 24 | 080 025 0052 00 02 | AGUJA PARA TOMA Y RECOLECC -ION DE SANGRE PARA LA TOMA -SENCILLA Y/O MULTIPLE, ESTE-RIL, DESECHABLE, DE: 21G X38 MM | CJA 100 PZA |  1,153  |
| **MATERIAL LABORATORIO** |
| 25 | 080 148 0138 02 01 | CAJAS DE PETRI, DE PLASTICO, ESTERILES, DESECHABLES, EN MEDIDAS DE: 100 X 15 MM. CON CUBIERTA DE REPUESTO PARA LAS CAJAS DE LAS MEDIDAS MENCIONADAS. | PZA 1 PZA |  1,982  |
| 26 | 080 855 0164 02 01 | ENVASE: TARRO DE 60 ML POMA-DERA DE POLIETILENO DE ALTADENSIDAD (60003) NATURAL,CON TAPON TIPO ROSCA, CIERREHERMETICO. | PZA 1 PZA |  15,130  |

**ANEXO NÚMERO 3 (TRES)**

**MANIFESTACIÓN, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DE LA ESTRATIFICACIÓN DE**

**MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA EMPRESA (MIPYMES)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_ (**1**)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**2**)\_\_\_\_\_\_\_\_

P R E S E N T E.

ME REFIERO AL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**3**)\_\_\_\_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_\_\_\_(**4**) \_\_\_\_\_\_\_ EN EL QUE MI REPRESENTADA, LA EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**5**)\_\_\_\_\_\_\_\_, PARTICIPA A TRAVÉS DE LA PRESENTE PROPOSICIÓN.

AL RESPECTO Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 34 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, **MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** QUE MI REPRESENTADA ESTÁ CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**6**)\_\_\_\_\_\_\_\_, Y ASIMISMO QUE CONSIDERANDO LOS CRITERIOS (SECTOR, NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES Y VENTAS ANUALES) ESTABLECIDOS EN EL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRATIFICACIÓN DE LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE JUNIO DE 2009, MI REPRESENTADA TIENE UN TOPE MÁXIMO COMBINADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**7**)\_\_\_\_\_\_\_\_, CON BASE EN LO CUAL SE ESTATIFICA COMO UNA EMPRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_(**8**)\_\_\_\_\_\_\_\_.

DE IGUAL FORMA, DECLARO QUE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN LA HAGO TENIENDO PLENO CONOCIMIENTO DE QUE LA OMISIÓN, SIMULACIÓN O PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN FALSA, SON INFRACCIONES PREVISTAS POR EL ARTÍCULO 8 FRACCIONES IV Y VIII, SANCIONABLES EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 27, AMBOS DE LA LEY FEDERAL ANTICORRUPCIÓN EN CONTRATACIONES PÚBLICAS, Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES.

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**9**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Deberá utilizarse papel membretado de la Empresa.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Estratificación de las Micro, Pequeña o Mediana Empresa (Mipymes)** |  |
|  |  |  |
|  | **Descripción** |  |
|  | Formato para que los licitantes manifiesten, bajo protesta de decir verdad, la estratificación que les corresponde como Mipymes, de conformidad con el Acuerdo de Estratificación de las Mipymes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009. |  |
|  | **Instructivo de llenado** |  |
|  | Llenar los campos conforme aplique tomando en cuenta los rangos previstos en el Acuerdo antes mencionado.1. Señalar la fecha de suscripción del documento.
2. Anotar el nombre de la convocante.
3. Precisar el procedimiento de contratación de que se trate (licitación pública o invitación a cuando menos tres personas).
4. Indicar el número de procedimiento de contratación asignado por CompraNet.
5. Anotar el nombre, razón social o denominación del licitante.
6. Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del licitante.
7. Señalar el número que resulte de la aplicación de la expresión: Tope Máximo Combinado = (Trabajadores) x10% + (Ventas anuales en millones de pesos) x 90%. Para tales efectos puede utilizar la calculadora MIPYME disponible en la página <http://www.comprasdegobierno.gob.mx/calculadora>

Para el concepto “Trabajadores”, utilizar el total de los trabajadores con los que cuenta la empresa a la fecha de la emisión de la manifestación.Para el concepto “ventas anuales”, utilizar los datos conforme al reporte de su ejercicio fiscal correspondiente a la última declaración anual de impuestos federales, expresados en millones de pesos.1. Señalar el tamaño de la empresa (Micro, Pequeña o Mediana), conforme al resultado de la operación señalada en el numeral anterior.
2. Anotar el nombre y firma del apoderado o representante legal del licitante.
 |  |

## ANEXO NÚMERO 4 (CUATRO)

###### PROPOSICIÓN ECONÓMICA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  | DIA | MES | AÑO |   |
|   | FECHA |  |  |  |   |
|   | NOMBRE DEL PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.F.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |
|   | DOMICILIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |
|   | ESTRATIFICACIÓN DE LA EMPRESA:  |   |   |
|   | **TELÉFONO** | **FAX** | **CORREO ELECTRÓNICO** | **NUMERO DE PROVEEDOR IMSS** |   |   |
|   |  |  |  |  |   |   |
|   | LOS BIENES PROPUESTOS, SE APEGAN A LA DESCRIPCIÓN Y PRESENTACIÓN SOLICITADA POR EL IMSS. |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIDA** | **CLAVE** | **DESCRIPCIÓN** | **PRESEN****TACIÓN** | **PROCEDENCIA** | **MARCA Y/O FABRICANTE** | **CANTIDAD** | **PRECIO****UNITARIO****SIN IVA** | **IMPORTE TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **SUBTOTAL** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **IVA** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **TOTAL CON IVA** |  |

**NOTA:** SE DEBERÁ EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA COTIZACIÓN Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS SON FIJOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE LAS COTIZACIONES Y DURANTE LA VIGENCIA DEL PEDIDO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

## ANEXO NÚMERO 5 (CINCO)

##### **FORMATO DE CARTA RELATIVA A REGISTROS.**

     Mérida, Yucatán, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 201\_\_.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Presente

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_) en mi carácter de representante legal de la (\_\_nombre o razón social de la empresa\_\_), y en términos del numeral 1 tercer párrafo, requisito que deberán cumplir los participantes, de las bases de la Solicitud de Cotización de la adjudicación directa internacional bajo la cobertura de tratados electrónica Núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente:

* Que mí representada cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes siguiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Que mí representada cuenta con el Registro Patronal IMSS siguiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Que la totalidad de sus trabajadores se encuentran inscritos en el régimen obligatorio del seguro social. (En caso de no contar con trabajadores lo deberá de manifestar y en su caso, proporcionar copia del convenio de intermediación laboral, en términos de lo dispuesto en la normatividad vigente en la materia). Para el supuesto de que el participante cuente con convenio de intermediación laboral (outsourcing) y su contrato rebase los $300,000.00, sin incluir el I.V.A. deberá presentar la opinión del tercero con el que subcontrata, previo a la formalización de su contrato.

|  |
| --- |
| A T E N T A M E N T E |
|  |