



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Ref. 218001150100/DABCS/0245/11
 Fecha: 31 de Enero de 2011.

**C.C. PROVEEDORES DE MATERIAL DE LABORATORIO.
 PRESENTES.**

INVESTIGACIÓN DE MERCADO NÚMERO 017/2011

La Delegación Estatal en Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento por medio del presente, convoca a la proveeduría del ramo a participar en la presente investigación de mercado, de aceptar nuestra invitación deberá remitir debidamente requisitados **los formatos anexo 1 (uno), 2 (dos), anexo A, anexo B, anexo C y copia del registro sanitario (anverso y reverso) de cada una de las claves que oferta.**, esta información coadyuvará a constatar la existencia y precios actuales de los siguientes bienes correspondientes a los grupos de Material de Curación.

Lo anterior en observancia a las disposiciones contenidas en el Artículo 134 Constitucional.

CLAVES RESCINDIDAS DE MATERIAL DE LABORATORIO PARA EL EJERCICIO 2011.

PART	GPO	GEN	ESP	DIF	VAR	PP	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MAXIMA
1	080	020	0024	00	01	405	AGUA BIDEFILADA.	GAR 20 LTO	1254	3136
2	080	610	0574	02	02	405	SULFITO DE BISMUTO, AGAR AISLAMIENTO DE SALMONELLA TYPHITA.	FCO 450 GRO	1	2
3	080	610	1432	01	03	416	AGAR-UREA CHRISTENSEN (BASE) TA.	FCO 500 GRO	6	14
4	080	610	2182	01	04	405	SALMONELLA SHIGELLA, AGAR MEDIO SELECTIVO Y DIFERENCIALPRINCIPALMENTE PARA ENTEROBACTERIAS LACTOSA NEGATIVASTA.	FCO 450 GRO	3	8
5	080	829	0704	02	06	405	FORMALDEHIDO DEL 37% AL 40%RA (ACS) TA.	FCO 18 LTO	5	13
6	080	829	0787	10	07	405	HEMATOXILINA DE HARRIS COLO-RANTE PREPARADO TA.	FCO 1000 ML.	10	24
7	080	829	2320	10	08	405	SOLUCION AMORTIGUADORA DEFOSFATO CON PH 6.5 A 6.7 PA-RA ANTIESTREPTOLISINAS PARA1000 ML RTC.	FCO 1 FCO	32	80



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Su respuesta podrá remitirla al número de fax 01951 5170399 y 5171515, así mismo a los correos electrónicos mario.ramirez@imss.gob.mx y/o Alejandra.altamirano@imss.gob.mx.

La fecha límite para recepcionar los anexos 1 (uno), 2 (dos), anexo A, anexo B, anexo C y copia del registro sanitario (anverso y reverso) de cada una de las claves que oferta es el 4 de Febrero de 2011.

En forma anexa al presente oficio de invitación de investigación de mercado, se entrega el listado de requisitos y condiciones de entrega de los bienes, mismo que deberá cumplir y remitir a la siguiente dirección, solo en el caso de que resulte como adjudicado el contrato y/o pedido.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura de Servicios Administrativos
Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento
Paraje La Vía (km. 3 carretera Oaxaca-Zaachila), C.P. 68160, Santa Cruz Xoxocotlan, Oaxaca.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

FA. Ing. Severiano Diego Sanchez Mendoza.
Enc. del Despacho de la Coordinación
Delegacional de Abastecimiento y Equipamiento.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

ANEXO NÚMERO 1 (UNO)

_____ (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, a nombre y representación de: _____ (persona física o moral) _____
No. de la licitación _____

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 datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:

Nombre del apoderado o representante:

Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-

Escritura pública número: _____ Fecha: _____

Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:

Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:

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)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

ANEXO No. 2 (DOS)

RAZON SOCIAL _____
DOMICILIO _____

R.F.C. _____

PRECIOS VIGENTES

PARTIDA / CLAVE	CLAVE IMSS	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MAXIMA	MARCA	FABRICANTE	NACIONALIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE MAXIMO
									SUBTOTAL	
									I.V.A.	
									TOTAL	

EXPRESAR EN LETRA EL IMPORTE TOTAL Y QUE LOS PRECIOS SON FIJOS AL MES DE DICIEMBRE DEL 2011.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: EL PRESENTE DEBERÁ SER FIRMADO AUTÓGRAFAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN TENGA PODER PARA SUSCRIBIR PROPUESTAS.



LISTADO DE REQUISITOS Y CONDICIONES DE ENTREGA DE BIENES

Los precios serán fijos al mes de Diciembre de 2011.

De requerirle el Instituto algún bien de los que esa empresa presupueste en la presente investigación de mercado, este se realizara a través de pedido o contrato de acuerdo al monto de lo adjudicado (hasta \$ 17,946.00 será por pedido).

De requerir el instituto con prontitud cualquiera de los bienes que se investigan, la adquisición se realizara con fundamento en el art. 41 fracc. VII de la LAASSP., por lo tanto el pedido o contrato se le podrá entregar una vez que se analicen los precios, lo cual será posterior a la fecha limite de recepción de la información (anexo 1, 2, A, B, C, D y copia del registro sanitario (anverso y reverso) de cada una de las claves que oferta) de la presente invitación.

Condiciones de Entrega:

CONTRATO O PEDIDO

- Los bienes deberán ser entregados en un plazo máximo de **8 días naturales** a partir de que el Instituto genere el **pedido** en el Almacén Delegacional sito en Paraje la Vía kilómetro 3 (carretera Oaxaca-Zaachila), C. P. 68160, Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca y éste sea recibido por el proveedor vía fax.

- **Contrato.**- Las entregas deberán realizarse dentro de los quince días naturales posteriores a la emisión de la orden de reposición correspondiente, considerándose este plazo como entrega oportuna, y un máximo de cuatro días de entrega con atraso.

Las órdenes de reposición que genere el instituto, serán hechas del conocimiento a los proveedores, vía internet, a través de la dirección electrónica (<http://sai.imss.gob.mx> <<http://sai.imss.gob.mx>>), adicionalmente, el departamento de suministro y control del abasto, deberá notificar las referidas órdenes, a través de correo electrónico, servicio de mensajería especializada, correo certificado o fax, en la inteligencia de que el proveedor deberá entregar el acuse de recibo respectivo, por la misma vía, en la coordinación de abastecimiento y equipamiento, sita en km 3 paraje la vía carretera Oaxaca-Zaachila, código postal 68160 en Santa Cruz Xoxocotlan, Oaxaca, en el horario comprendido de las 8:00 a las 16:00 horas, y mediante fax al teléfono 01951 51708-00, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes al de dicha notificación.*

Condiciones de Pago:

El pago será a los veinte días naturales, contados a partir de la presentación de la documentación y facturación, la cual será entregada por el proveedor en el Departamento de Presupuestos, Contabilidad y Erogaciones, sito en Calzada Porfirio Diaz Número 803, Colonia Reforma, Oaxaca, Oax., Teléfono 01951 5151465.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Solo en caso de que el Instituto le adquiera alguno de los bienes que ampara la presente invitación, el proveedor deberá entregar:

FABRICANTES	DISTRIBUIDORES
1.-COPIA CERTIFICADA ORIGINAL DEL REGISTRO SANITARIO (ANVERSO Y REVERSO) DE CADA UNA DE LAS CLAVES QUE OFERTA.	1.- COPIA CERTIFICADA ORIGINAL DEL REGISTRO SANITARIO (ANVERSO Y REVERSO) DE CADA UNA DE LAS CLAVES QUE OFERTA.
2.-COPIA SIMPLE DE LA LICENCIA SANITARIA.	2.- COPIA SIMPLE DE LA LICENCIA SANITARIA (CUANDO OFERTEN ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS, VACUNAS, TOXOIDES, SUEROS, ANTITOXINAS DE ORIGEN ANIMAL Y HEMODERIVADOS)
	3.-COPIA SIMPLE DEL AVISO DE FUNCIONAMIENTO (EN CASO DE QUE NO OFERTEN LOS BIENES DEL INCISO ANTERIOR)
4.-COPIA SIMPLE DE LA AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO.	4.-COPIA SIMPLE DE LA AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO.
5.-EN CASO DE QUE LOS BIENES OFERTADOS NO REQUIERAN DE REGISTRO SANITARIO, DEBERÁ PRESENTAR COPIA SIMPLE DE LA CONSTANCIA OFICIAL, EXPEDIDA POR LA SSA, CON FIRMA AUTÓGRAFA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE LA EMITE, QUE LO EXIMA DEL MISMO.	5.-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.
	6.- DEBERÁN ENTREGAR CARTA DEL FABRICANTE EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETEADO Y FIRMA AUTÓGRAFA, EN LA QUE ÉSTE MANIFIESTE RESPALDAR SU COTIZACIÓN QUE SE PRESENTE, POR LA (S) CLAVE (S) EN LA (S) QUE PARTICIPE, INDICANDO EL NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO, CONFORME AL ANEXO NÚMERO 3 (TRES) , EL CUAL FORMA PARTE DE ESTA INVITACIÓN.

- Presentar debidamente requisitado el formato que aparece como **Anexo A** el cual forma parte de la presente invitación.

El domicilio que se señale en el **Anexo Número 1**, será aquel en el que el participante deberá en su caso recibir todo tipo de notificaciones y documentos que resulten, es decir el correspondiente a su domicilio fiscal.

- Copia simple y legible de identificación vigente de quien suscriba las proposiciones, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, licencia de conducir, credencial para votar con fotografía o cedula profesional).
- Incluir el **anexo B y C** de la presente invitación, debidamente requisitado, impreso en papel membretado de la empresa y firmado por el representante o apoderado legal de la empresa.

Criterios de Adjudicación:

- Se verificará que incluya la información, los documentos y los requisitos solicitados en la presente invitación.
- La evaluación de las proposiciones se realizará comparando entre sí, en forma equivalente, todos los precios ofertados por los participantes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Si resultare que dos o más proposiciones son solventes porque satisfacen la totalidad de los requerimientos solicitados por la solicitante, el pedido se adjudicará a quien presente la proposición cuyo precio sea el más bajo y este sea conveniente para el Instituto.

Si derivado de la evaluación económica de las proposiciones, se desprende el empate en cuanto a precios presupuestados por dos o más participantes, en el resultado de la presente investigación, se procederá a llevar a cabo el sorteo manual por insaculación a fin de extraer el boleto del proveedor al que se le adjudicará el pedido, conforme a lo dispuesto en el Artículo 54 del Reglamento.

Garantías y Penas convencionales:

- El proveedor deberá otorgar fianza expedida por una Institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el 10% (diez por ciento) del monto total del pedido o contrato sin incluir el IVA, como garantía para el cumplimiento de las condiciones estipuladas en el mismo
- El Instituto aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la entrega de los bienes, equivalente al 2.5% que se especifica en cada una de las claves requeridas, sobre el valor total de lo incumplido,

El monto máximo de aplicación de la pena convencional no podrá ser superior a la parte proporcional que corresponda al porcentaje de la garantía de cumplimiento (10%) del contrato o pedido para cada partida (clave).

Por ningún concepto la aplicación de penas convencionales podrá exceder el importe de la garantía de cumplimiento del pedido.

- En virtud de que este procedimiento se lleva a cabo para en su caso cubrir necesidades inmediatas de la delegación se establece como plazo máximo para la entrega de los bienes en el Almacén Delegacional **ocho días naturales a partir de la emisión del pedido**, si después de este plazo el proveedor asignado no realiza la entrega de los bienes, se cancelará el pedido y se aplicará la penalización correspondiente.

Aspectos Generales:

El presupuesto deberá elaborarse a 2 (dos) decimales.

- En caso, a la entrega de los bienes **deberá entregar Certificados de calidad por cada uno de los lotes** de los bienes entregados y **Carta compromiso de canje por defectos de fabricación y/o vicios ocultos**, y para entrega de bienes **con caducidad menor a 18 meses pero no menor a 12 meses, deberá presentar "Carta Compromiso de Canje"**, en la que su empresa se comprometa a canjear los bienes que no se llegaron a consumir dentro de su periodo de vida útil, en un plazo no mayor a tres días hábiles a partir de la notificación por parte del Instituto y sin costo adicional para el mismo.
- Durante la vigencia del contrato o pedido, en cualquier tiempo, el Instituto podrá solicitar al proveedor el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación, expedido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), conforme a la NOM-059-SSA1-1993 "Buenas Prácticas de Fabricación para establecimientos de la Industria Farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos.
- En razón de que esta solicitud se genera por incumplimientos de la proveeduría que tiene las claves contratadas derivadas de procesos de licitaciones públicas, si durante este proceso el proveedor cumple con su entrega, la necesidad se extinguirá en forma automática y por lo tanto no se requerirá el bien.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

ANEXO A

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

PRESENTE

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL QUE SUSCRIBE LAS COTIZACION) BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN MI CARACTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA - PERSONA FÍSICA (_____ ESPECIFICAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA FÍSICA QUE PARTICIPA) _____, DECLARO LO SIGUIENTE:

- Que conozco el contenido de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, las presente invitación y sus anexos
- De no encontrarme en ninguno de los supuestos del artículo 50 de la ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- De no encontrarse sancionado como empresa o producto por la Secretaria de Salud.
- Que me abstendré de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto induzcan o alteren las evaluaciones de las cotizaciones, el resultado del procedimiento u otros aspectos que otorguen condiciones mas ventajosas con relación a los demás participantes.
- Que por conducto de mi representada no participan en el presente procedimiento personas físicas o morales que se encuentren inhabilitadas por resolución de la Secretaria de la Función pública, en los términos de la ley o de la ley de obras publicas y servicios relacionados con las mismas, tal como lo establece la fracción XXIV, del artículo 50 fracc. IV de la ley.
- En caso de resultar adjudicado, a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional.
- Que los bienes ofertados cumplen con lo solicitado en la presente invitación.

(LUGAR Y FECHA)

(FIRMA REPRESENTANTE LEGAL)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

ANEXO NÚMERO B

(CARTA EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETEADO Y FIRMA AUTOGRAFA DEL FABRICANTE)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 CONVOCANTE

(NOMBRE), EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA
 DENOMINACIÓN DEL FABRICANTE , MANIFIESTO QUE RESPALDO LA COTIZACIÓN QUE PRESENTE
 DENOMINACIÓN DEL DISTRIBUIDOR POR LOS BIENES OFERTADOS EN LA INVITACIÓN OFICIO REF.
 218001150100/DABCS/XXXX/11 Y QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN:

LUGAR Y FECHA

 NOMBRE, FIRMA Y CARGO.



Anexo C

(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:

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.

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.

PROTESTO LO NECESARIO

(NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)