



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE RECURSOS AL FONDO DE SALUD PARA EL BIENESTAR EQUIPAMIENTO

UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA

COORDINACIÓN DE EQUIPAMIENTO
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



2026
año de
Margarita
Maza

REQUISITOS



Solicitudes de equipamiento

Deben realizarse conforme a las **Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar (ROP del Fondo)**, aprobadas mediante el Acuerdo 4E.02/0426, en la Cuarta Sesión Extraordinaria de 2026, de fecha 13 de abril del presente, las cuales pueden ser consultadas en la siguiente liga, apartado FINANZAS y subapartado NORMATIVIDAD vigente del FONSABI: <https://imssbienestar.gob.mx/>

Los requisitos que deberán cumplir se encuentran en las Reglas 50 ó 60, según corresponda:



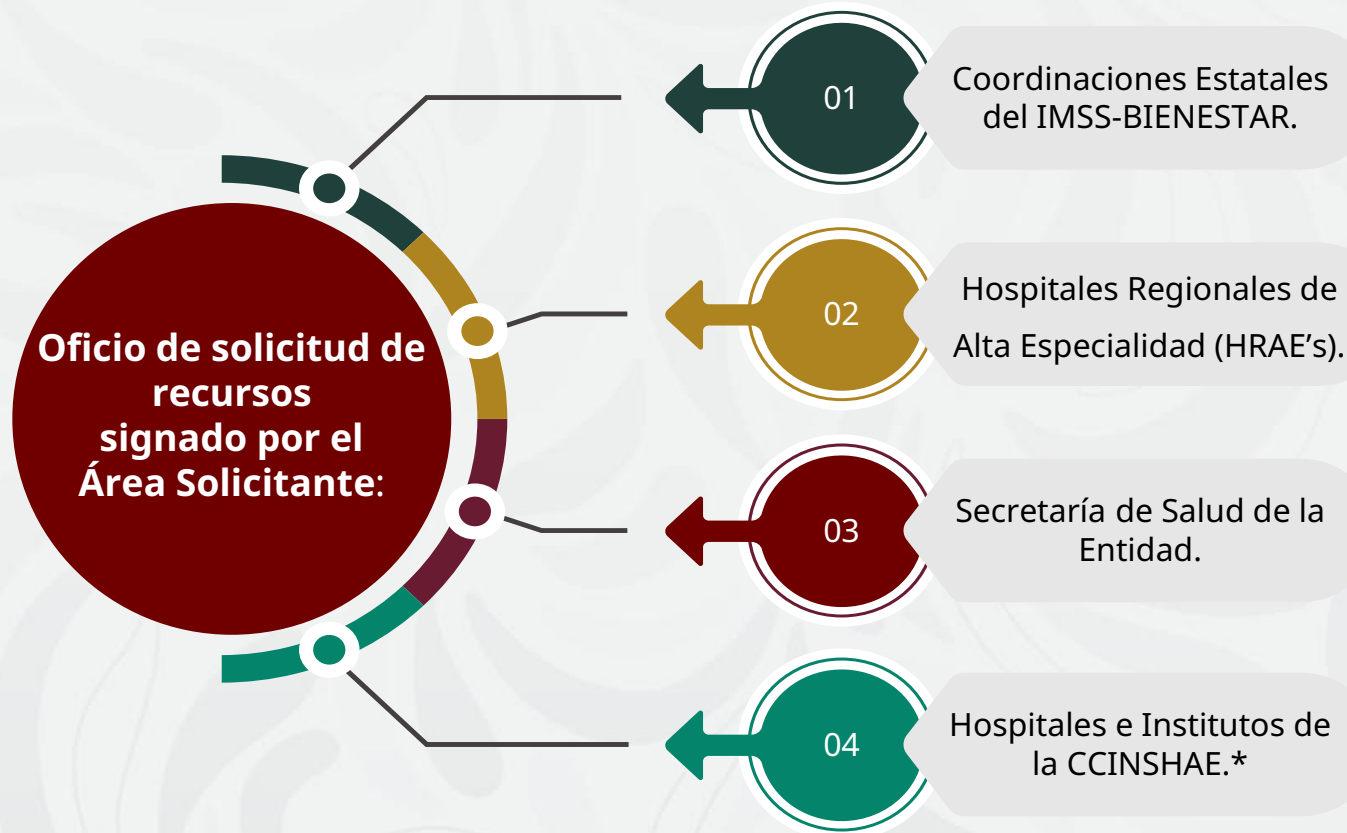
SAEAC: Subcuenta del Fondo denominada Atención de Enfermedades de Alto Costo



SANI: Subcuenta del Fondo denominada Atención de Necesidades de Infraestructura y Equipamiento, Inclusive de Acciones de Mantenimiento Urgente y Conservación, Preferentemente en las Entidades Federativas con Mayor Marginación Social



0. OFICIO DE SOLICITUD DE RECURSOS



*CCINSHAE: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

MEMBRETADO POR EL ÁREA SOLICITANTE

Estado XXX, a XX de XXXX de 20XX
OFICIO
No. XX-XX- -XXXX-20XX

Asunto: Solicitud de recursos al Fondo de Salud para el Bienestar.

XXXXXXXXXX
DIRECTOR(A) GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMS-BIENESTAR
PRESENTE

Por medio del presente me permito solicitar su valiosa intervención para someter ante el Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar, la autorización de recursos financieros por un monto de \$XXX,XXX.XX (Monto en letra pesos XX/XX M.N), para la ejecución del programa/proyecto denominado "XXXXX XXXX (Nombre en registro en cartera)", con número de registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público XXXXXX, toda vez que se han cumplido con los diferentes criterios establecidos para su autorización en las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar, de conformidad con el siguiente detalles:

Nombre del programa/proyecto	Recursos solicitados		
	Obra	Equipo	Total
(Nombre en registro en cartera)			

En atención al presente, se anexa la documentación en carpeta física y electrónica integrada de forma requerida, para su análisis y en su caso, la aprobación correspondiente.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
ÁREA SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA

1. OFICIO DE PROPIEDAD O POSESIÓN

Tipo de propiedad

En proceso de obra

Documentos de sustento

MEMBRETADO POR EL ÁREA SOLICITANTE

Estado XXX, a XX de XXXX de 20XX

OFICIO

No. XX-XX-XXXX-20XX

Asunto: Manifiesto que (la unidad médica/las unidades médicas) que recibirán recursos para el programa/proyecto forman parte del patrimonio (federal/estatal) // se encuentra en posesión de XXX

XXXXXXXXXX

DIRECTOR(A) GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL IMSS-BIENESTAR
P R E S E N T E

En relación con el programa/proyecto denominado "XXX (Nombre en registro en cartera)", con número de registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público XXXXXXXX, y en seguimiento a la gestión de recursos para el referido programa/proyecto y en cumplimiento a lo establecido en las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar.

Sobre el particular, manifiesto bajo protesta decir la verdad a usted de que (la unidad médica/las unidades médicas) señaladas con domicilio en el "Formato 7b. Ubicación" en el que se aplicarán los recursos que se autoricen es patrimonio (federal/estatal) // se acredita que (la unidad médica/las unidades médicas) señaladas con domicilio en el "Formato 7b. Ubicación" en el que se instalará dicho equipamiento se encuentra en posesión de XXXXXXXX. Así mismo se adjunta a la presente en formato electrónico la documentación que sustenta dicha aseveración.

No	Nombre de la unidad médica	Estatus Legal (Nombre de la documentación soporte)	No. de página soporte*
1			
2			

*Nota: Colocar el número de página donde se encuentre estipulada dicha aseveración.

Versión 1

Asimismo, se hace de su conocimiento que la(s) unidad(es) médica(s) no se encuentra(n) en proceso de alguna obra, por lo que cuentan con la infraestructura física necesaria para la entrega e instalación de los equipos considerados en el programa/proyecto de inversión.

Versión 2

Asimismo, se hace de su conocimiento que la(s) unidad(es) médica(s) cuenta(n) con obra en proceso, misma que presenta un avance físico del xx%, por lo que se adjunta documentación soporte correspondiente por concepto de obra.

Por lo anterior solicito su apoyo para que el referido programa/proyecto sea sometido a consideración del Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar.

Sin más por el momento, le agradezco de antemano la atención a la presente solicitud, y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
ÁREA SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA

1. OFICIO DE PROPIEDAD O POSESIÓN

Tipo de propiedad

- **Manifestación por escrito del Titular del Área Solicitante**
 - Se deberá seleccionar la opción de acuerdo al patrimonio:
- **Federal**
- **Estatad**
- **Posesión del Área Solicitante**

Documentos de sustento

- Incluir los documentos que sustentan la propiedad señalada en el oficio, y deberá adjuntar la documentación correspondiente (Carpeta "Documentos de Propiedad")
- **Escrituras**
- **Inscripción en el Registro Público de la Propiedad**
- **Contrato de donación**
- **Convenio de Coordinación**
- **Acta Entrega-Recepción**

Nota. La dirección deberá coincidir con la señalada en el Formato 7b. "Ubicación"

En proceso de obra

- De conformidad con la fracción I de las Reglas 50 y 60 de las ROP del Fondo:
- Para establecimientos de nueva creación o sustitución por obra nueva y/o remodelación:
Incluir documentación que compruebe el avance físico mínimo del 50%

2. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA

2. Datos de identificación de la unidad médica en la que se aplicarán los recursos que autorice el Comité Técnico										
Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:										
Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPPI):										
Fecha de elaboración: DD/MM/AA										
Agregar tantas filas como sea necesario										
No.	2a. Nombre de unidad médica	2b. Municipio	2b. Localidad	2c. Tipo de unidad médica	2d. CLUES (No aplica para obra nueva)	2e. Tipo de obra (nueva, remodelación, sustitución, ampliación, etc.)	2e. Tipo de equipamiento	2f. Servicios a otorgar	2f. Número estimado de personas beneficiadas	2g. Nivel de atención
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
ATENTAMENTE										
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO										



Llenar los incisos, conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)



Verificar que corresponda con lo colocado en la Cartera Pública de Inversión

3. CLAVE DE CARTERA DE PPI

Ejemplo
1

En la carpeta electrónica se deben incorporar todos los documentos de la cartera de inversión

**Hacienda**
Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Sistema de Cartera de Inversión

2026

 **Sistema de Cartera de Inversión**
imerjdominguezj

Planeación - Solicitud de Registro - Solicitud de Modificación - Dictamen del Experto - APP - Escenario - Rentabilidad - Consultas - Depuración de Cartera

Planeación - Solicitud de Registro - Solicitud de Modificación - Dictamen del Experto - APP - Escenario - Rentabilidad - Consultas

Solicitud / Clave de Cartera

Nombre CD

Monto Asignado \$ 0

Capa: P O CA C

Montos

Monto Total de Inversión \$ 376,145,428

Costo Total del PPI \$ 529,382,066

Varación Financiera \$ 0 (0.00%)

Monto Modificado \$ 0

Datos Generales

Georreferenciación

Factibilidades

Datos del Administrador

Calendarios de Financiamiento y Horizonte de Evaluación

Documentos

Bitácora

Ramo - Unidad 12 - NCZ Instituto Nacional de Pediatría

Fase / Subfase Vigente

Nombre

Descripción

Subclasificación

Adquisición de Equipo Médico

Tipo de PPI

6 - Programa de Inversión de Adquisiciones

Aplica vinculación con Programas Presupuestarios

Si

Programas Presupuestarios

Ciclo	Ramo - UR	Programa Presupuestario
2023	12 - NCZ	E-023 - Atención a la Salud
2024	12 - NCZ	E-023 - Atención a la Salud
2025	12 - NCZ	E-023 - Atención a la Salud

Indicador Estratégico

No Aplica

¿Liberación de derechos de vía completos?

N/A

Población Beneficiada

Criterio de Evaluación para Priorizar el PPI

1 - Rentabilidad socioeconómica

Elaboración del DNP

15°C
Soleado

Buscar

10:51 a. m.
12/03/2026

Impresión de la consulta de PPI, donde se observe el día y la hora y guardar en formato .pdf

3. CLAVE DE CARTERA DE PPI

Ejemplo 2

En la carpeta
electrónica se deben
incorporar todos los
documentos de la
cartera de inversión

19/2/26, 9:50 p.m. Correo: - Outlook

Outlook

Se notifica Vigencia
IMSS-BIENESTAR en el Estado

Desde Ventanilla Proyectos <ventanilla.proyectos@imssbienestar.gob.mx>
Fecha Mar 10/02/2026 19:03

**COORDINADOR ESTATAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE IMSS BIENESTAR DE**

Por medio del presente, se notifica que la Unidad de Inversiones de la SHCP informa que la solicitud **85931 Sustitución**

Estado de obtuvo el Estatus de **Vigente** con la Fase **Registrado** asignando la Clave de Cartera en los términos siguientes:

Se otorga el registro en cartera de conformidad con los arts. 34 de la LFPRH, 46 y 47 del RLPRH, 20 del RISHCP, y los Lineamientos para el ciclo de gestión de los programas y proyectos de inversión, a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. La documentación presentada por la dependencia cumple con los requisitos establecidos en dicha normatividad. El registro no convalida la información elaborada y proporcionada por la UR, misma que es de su responsabilidad, así como los actos que realice para la contratación, ejecución y operación del PPI. Asimismo, se encuentra sujeto al cumplimiento de las disposiciones emitidas en materia de ahorro, austeridad, eficiencia y disciplina presupuestaria.

Cabe señalar que este PPI perderá su estatus de Vigencia cuando se presenten lo siguiente: 1) Modificación del PPI con cambio o sin cambio de alcance si este no cuenta con asignación de recursos; 2) Suspensión; 3) Cancelación o; 4) Conclusión.

Lo anterior, de acuerdo con el numeral 21 de las Reglas técnicas para la administración del ciclo de gestión de los programas y proyectos de inversión a cargo de las dependencias y entidades de la administración pública federal del 20 de enero del 2026.

Datos adicionales.

Fecha de Inicio de Etapa de Inversión: 01/02/2026
Fecha de Terminación de Etapa de Inversión: 31/12/2026
Monto Total de Inversión:
Fuente de Financiamiento: Fideicomiso

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

**División de Evaluación de Infraestructura Operativa
Coordinación de Evaluación y Seguimiento de Infraestructura Operativa
Unidad de Infraestructura**



2026
año de
**Margarita
Maza**

4. PLAN MAESTRO NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA (PMNISyEMAT)

Para equipo médico de alta tecnología, integrar el **Folio de Registro en el PMNISyEMAT**

Ejemplo



Salud
Secretaría de Salud

Dirección General de Modernización del Sector Salud



Cludad de México,

2026

Oficio No. DGMoSS/

/2026

Asunto: Emisión de folios de registro de EMAT en el PMNISyEMAT

PRESENTE

Con fundamento en el artículo 39, fracciones VII y XXII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículos 35 bis, 60 septies, 60 octies, 77 bis 5 y 77 bis 30 de la Ley General de Salud, así como las atribuciones conferidas a la Dirección General de Modernización del Sector Salud (DGMoSS), previstas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el artículo 2, apartado B, fracción XIII, y artículo 49, fracción IV, esta Dirección General con base en la

emite 142 Folios de Registro en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico de Alta Tecnología, conforme al listado en el Anexo 1 y los Formatos de Folio de Registro en el Anexo 2.

La vigencia de los folios es al 30 de septiembre de 2030.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SALUD Y LIBERTAD"


EL DIRECTOR GENERAL
DR. JOSÉ ENRIQUE PÉREZ OLGUÍN

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica
Dirección General de Modernización del Sector Salud



Folio de Registro:

FOLIO DE REGISTRO
EN EL PLAN MAESTRO NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD Y EQUIPAMIENTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA.

UNIDAD MÉDICA

Nombre

ClUES:

Institución

Tipología

Acción

Entidad

Municipio

Total de Equipos Registrados

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

EQUIPO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA

CLAVE DEL CNIS	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	CANTIDAD
		1

Se acredita la incorporación de equipo médico por SUSTITUCIÓN considerando las siguientes precisiones:

❖ A partir de la fecha de emisión, queda registrada en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico de Alta Tecnología.

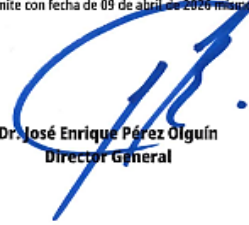
❖ Es responsabilidad del solicitante realizar las gestiones ante los entes financiadores correspondientes.

❖ La institución solicitante es responsable de garantizar las condiciones necesarias para la correcta operación del(los) equipo(s) (instalaciones, personal, insumos, mantenimiento, etc.).

❖ IMSS Bienestar se compromete a actualizar el avance del proyecto para el PMI a través del SISTEMA cuando menos una vez cada tres meses.

En ejercicio de las atribuciones conferidas en el artículo 39, fracciones VII y XXII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con fundamento en los artículos 35 bis, 60 septies, 60 octies, 77 bis 5, 77 bis 30 de la Ley General de Salud, y en el artículo 49, fracción IV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se emite con fecha de 09 de abril de 2026, que tendrá una vigencia al 30 de septiembre del 2030.

Dr. José Enrique Pérez Olguín
Director General



5. ANTEPROYECTO DE CALENDARIO DE EJECUCIÓN



Datos conforme a la Cartera Pública de Inversión



Considerar las actividades y temporalidad adecuada dependiendo de los trámites, procedimientos y tiempo que requiera el equipamiento para su adquisición con un **máximo de 12 meses para ejecución**

5. Anteproyecto de calendario de ejecución equipamiento

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:

Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPPI):

Fecha de elaboración: DD/MM/AA

Señalar con una "X" el mes en que se realizará la actividad programada

ACTIVIDADES	AÑO (XXXX)											
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

Nota: El formato impreso deberá estar membretado y rubricado en cada hoja, al final deberá estar con nombre, cargo y firma del administrador del programa/proyecto.

6. ANTEPROYECTO DE CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS



Datos conforme a la Cartera Pública de Inversión



Considerar las actividades y temporalidad adecuada dependiendo de los trámites, procedimientos y el tiempo que requiera el equipamiento para la **transferencia de recursos con un máximo de 18 meses**

6. Anteproyecto de calendario de transferencia de recursos equipamiento

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:

Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPP1):

Fecha de elaboración: DD/MM/AA

Señalar con una "X" el mes en que se realizará la actividad programada

ACTIVIDADES	AÑO (XXXX)																	
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep

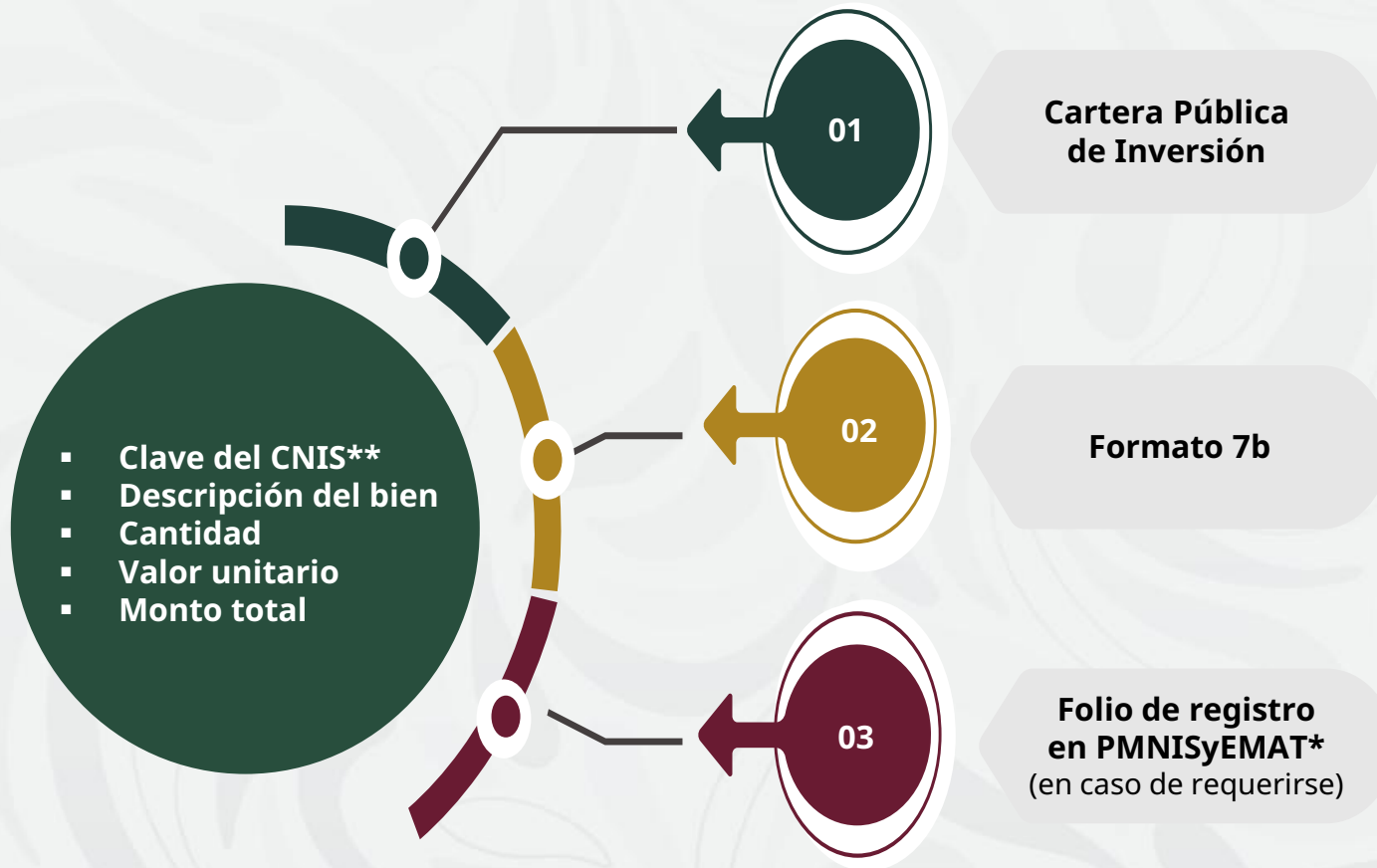
ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

Nota: El formato impreso deberá estar membretado y rubricado en cada hoja, al final deberá estar con nombre, cargo y firma del administrador del programa/proyecto.

7. DESGLOSE DE MONTOS

Considerar la trazabilidad de la información



**Restricciones
consideradas en
las ROP del Fondo**

No serán susceptibles de ser apoyados con recursos de la SAEAC o SANI, cuando:

- Tengan como finalidad el apoyo financiero de gastos de operación
- Contemplan **únicamente la adquisición de mobiliario y/o equipo administrativo**
- Hayan tenido apoyo previo para **para cubrir los mismos conceptos**
- Adquisición de **tecnologías de la información**

* **PMNISyEMAT**: Plan Maestro Nacional de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico de Alta Tecnología

****CNIS**: Compendio Nacional de Insumos para la Salud: <https://www.gob.mx/csg/articulos/compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-367182>

ACUERDO por el que se actualiza el Compendio Nacional de Insumos para la Salud versión 2025, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de abril de 2025:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5778990&fecha=28/01/2026#gsc.tab=0

7. DESGLOSE DE MONTOS

7. Lista de Equipamiento Médico

9

10

8

9

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:										Clave en registro en cartera:					
Entidad Federativa:										Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA					
Fuente de financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar															
No.	CLUES	Nombre de la Unidad Médica	Área General	Área Específica	Clave del Compendio	Clave CUCOP+	Nombre del bien en Registro en Cartera	Número de Ficha Técnica	Nombre de la Ficha Técnica	Tipo de bien	Cantidad	Valor unitario sin IVA	Importe sin IVA	IVA	Importe con IVA
1	XXXXXXXXXX				531.497.0053	53101-1627	INCUBADORA DE TRASLADO			EQUIPO MÉDICO	1	\$500.00	\$ 500.00	\$ 80.00	\$ 580.00
2	XXXXXXXXXX				531.497.0053	53101-1627	INCUBADORA DE TRASLADO			EQUIPO MÉDICO	1	\$30.50	\$ 30.50	\$ 4.88	\$ 35.38
3	XXXXXXXXXX				531.423.0052	53101-1602	FLUJOMETRO DE PARED (VACIO)			MOBILIARIO MÉDICO		\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
4	XXXXXXXXXX				533.622.0024	53101-1270	MICROSCOPIO INVERTIDO			EQUIPO DE LABORATORIO		\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*	XXXXXXXXXX				SIN CLAVE	53201-0449	SET PARA HISTERECTOMIA VAGINAL			INSTRUMENTAL		\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*												\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*												\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
												Monto solicitado	\$	615.38	
ATENTAMENTE															
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO															

- 1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
- Numeración consecutiva

Conforme al [Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud](#) (CLUES)*

*Disponible en [CLUES](#)
- Lugar donde se instalarán los bienes conforme los planos arquitectónicos

Área, servicio, o local a la que pertenecerán los bienes dentro del Área General

Claves del Compendio
- Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCoP)**

Debe corresponder entre formato 7b, CPPI***
- Datos conforme a CPPI
Seleccionar si es "programa" o "proyecto"

Debe corresponder entre Formato 7b y CPPI**

Colocar número, nombre de [FT y tipo de bien asignado por el IMSS-BIENESTAR](#)****

Incluir **MONTOS** truncados a **2 DECIMALES**

**Disponible en [Compras MX](#)

***CPPI: Cartera de Programas y Proyectos de Inversión

****Disponible en [IMSS Bienestar](#)

7. DESGLOSE DE MONTOS

7. Lista de EMAT

9

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:
Entidad Federativa:
Fuente de Financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar

10

Clave en registro en cartera:
Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA

No.	Documento de Planeación	CLUES	Nombre de la Unidad Médica	Área General	Área Específica	Clave del Compendio	Clave CUCOP+	Nombre del bien en Registro en Cartera	Número de Ficha Técnica	Nombre de la Ficha Técnica	Tipo de bien	Cantidad	Valor unitario sin IVA	Importe sin IVA	IVA	Importe con IVA
1	FR-EM-XX/UMB-XX/XX/2026	XXXXXXXXXXXX				531.611.0033	53101-1691	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA Y TOMOSINTESIS			EQUIPO MÉDICO	1	\$500.00	\$ 500.00	\$ 80.00	\$ 580.00
2													\$30.50	\$ -	\$ -	\$ -
3													\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
4													\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*													\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*													\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
*													\$0.00	\$ -	\$ -	\$ -
													Monto solicitado		\$ 580.00	

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

- 1 Numeración consecutiva
- 2 Conforme al [Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud](#) (CLUES)*
- 3 Lugar donde se instalarán los bienes conforme los planos arquitectónicos

- 4 Área, servicio, o local a la que pertenecerán los bienes dentro del Área General
- 5 Claves del Compendio
- 6 Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCoP)**
- **[Disponible en Compras MX](#)

- 7 Debe corresponder entre formato 7b, CPPI***
- 8 Datos conforme a CPPI Seleccionar si es "programa" o "proyecto"
- 9 Debe corresponder entre Formato 7b y CPPI**
- ***CPPI: Cartera de Programas y Proyectos de Inversión

- 10 Colocar número, nombre de [FT](#) y [tipo de bien asignado por el IMSS-BIENESTAR](#)****
- 11 Folio de registro en el PMNISyEMAT, en caso de contar
- ****[Disponible en IMSS Bienestar](#)

Incluir **MONTOS** truncados a **2 DECIMALES**

7. DESGLOSE DE MONTOS

CONCEPTO	REGISTRO EN CARTERA	Folio de registro en PMNISyEMAT	FORMATO 7B	VERIFICAR
Descripción del Área Solicitante	MASTÓGRAFO DIGITAL ESTEREOTAXIA	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA Y TOMOSÍNTESIS	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA	✖
	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA Y TOMOSÍNTESIS	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA Y TOMOSÍNTESIS	MASTÓGRAFO DIGITAL CON ESTEREOTAXIA Y TOMOSÍNTESIS	😊
Clave	351.341.0479	531.341.0481	531.341.0479	✖
	531.341.0481	531.341.0481	531.341.0481	😊
Cantidad	1	1	2	✖
	1	1	1	😊
Monto	\$2,500.4963	N/A	\$2,500.50	✖
	\$2,500.49	N/A	\$2,500.49	😊

Truncar
MONTOS a
2 DECIMALES

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

7

9

1

1

2

9

101

3

4

5

6

8

Monto solicitado	\$580.52
-------------------------	-----------------

Lugar donde se instalarán los bienes conforme los planos arquitectónicos

Numeración consecutiva

Conforme al [Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud](#) (CLUES)*

*Disponible en CLUES

Área, servicio, o local a la que pertenecerán los bienes dentro del Área General

****Disponible en Compras MX**

Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCoP)**

Debe corresponder
entre formato 7b,
CPPI***

Datos conforme a CPPI
 Seleccionar si es
 "programa" o "proyecto"

Debe corresponder entre
Formato 7b y CPPI**

***CPPI: Cartera de Programas y Proyectos de Inversión

Colocar número, nombre de FT y tipo de bien asignado por el IMSS-BIENESTAR****

Incluir **MONTOS**
truncados a
2 DECIMALES

****[Disponible en IMSS Bienestar](#)

7. DESGLOSE DE MONTOS

Geolocalización

7b. Ubicación

3

3

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:

Clave en registro en cartera:

Fuente de Financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar

Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA

No.	CLUES	Nombre Estado	Nombre de la Unidad Médica	Nombre del Municipio	Nombre de la Localidad	Nombre de la Jurisdicción	Domicilio de la Unidad Médica	Localización Geográfica (Link de la ubicación)
1	XXXXXXXXXXXX	Aguascalientes						
2	*	Baja California						
	*	Baja California Sur						
	*	Campeche						
	*	Chiapas						
	*	Chihuahua						
	*	Ciudad de México						
	*	Coahuila						
	*	Colima						
	*	Durango						
	*	Estado de México						
	*	Guanajuato						
	*	Guerrero						
	*	Hidalgo						
	*	Jalisco						
	*	Michoacán						
	*	Morelos						
	*	Nayarit						
	*	Nuevo León						
	*	Oaxaca						
	*	Puebla						
	*	Querétaro						
	*	Quintana Roo						
	*	San Luis Potosí						
	*	Sinaloa						
	*	Sonora						
	*	Tabasco						
	*	Tamaulipas						
	*	Tlaxcala						
	*	Veracruz						
	*	Yucatán						
	*	Zacatecas						

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

[*Disponible en CLUES](#)

1

2

4

1

Conforme al [Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud](#) (CLUES)*

2

Conforme al documento soporte del Manifiesto de Propiedad o Posesión

(El domicilio debe estar completo y verificado, ya que será lugar donde el proveedor realice la entrega del bien)

3

Datos conforme a la CPPI** Seleccionar si es "programa" o "proyecto"

4

Link que corrobore la dirección de la unidad o unidades médicas

**CPPI: Cartera de Programas y Proyectos de Inversión

8b1. MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

8b1. MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD



Manifiesto bajo protesta decir verdad que los bienes solicitados en el “Formato 7b. Desglose de equipamiento”, son acordes a las necesidades de la unidad médica señaladas con domicilio en el “Formato 7b. Ubicación” y **se cuenta con el espacio físico, así como sus adecuaciones para su instalación**

MEMBRETADO POR EL ÁREA SOLICITANTE

Estado XXX, a XX de XXXX del 20XX

OFICIO

No. XX-XX- -XXXX-20XX

Asunto: Manifiesto que los bienes solicitados son necesarios para la unidad médica / las unidades médicas y se cuentan con los espacios para su instalación.

XXXXXXXXXX

**DIRECTOR(A) GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL IMSS BIENESTAR
P R E S E N T E**

En relación con el programa/proyecto denominado “XXX (Nombre en registro en cartera)”, con número de registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público XXXXXXXX, y en seguimiento a la gestión de recursos para el referido programa/proyecto y en cumplimiento a lo establecido en las Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar.

Sobre el particular, manifiesto bajo protesta decir la verdad a usted que (el bien solicitado / los bienes solicitados) en el “Formato 7b. Desglose de equipamiento”, son acordes a las necesidades de (la unidad médica/las unidades médicas) señaladas con domicilio en el “Formato 7b. Ubicación” y se cuenta con el espacio físico y adecuaciones para su instalación.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
ÁREA SOLICITANTE**

NOMBRE Y FIRMA

8b2. OFICIO DE VALIDACIÓN DE BIENES POR LA UAS

8b2. OFICIO DE VALIDACIÓN DE BIENES POR LA UAS

- Oficio de **Validación de necesidades** de los Programas y Proyectos de Inversión para equipamiento en los establecimientos de salud emitido por la **Unidad de Atención a la Salud (UAS)**

 **Gobierno de México** |  **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD 

Ciudad de México, a **06 FEB 2026**

Oficio No. **UAS-** -2026

Asunto: Validación de equipamiento y solicitud de recursos del

**TITULAR DE LA COORDINACIÓN
ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD IMSS-
BIENESTAR EN EL
P R E S E N T E**

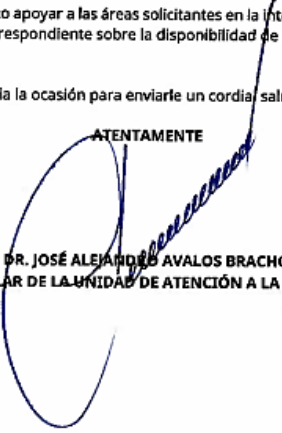
En atención al oficio relativo al proyecto con número de registro en cartera de inversión mediante el cual se solicita la validación de necesidades por parte de la Unidad de Atención a la Salud del IMSS-BIENESTAR, me permito informar lo siguiente:

En el ámbito de mis atribuciones, emito pronunciamiento favorable respecto a la validación de necesidades de equipamiento para integrar la carpeta correspondiente y presentar la solicitud de recursos ante el Comité Técnico del Fondo para el Bienestar, tomando como antecedente la validación del listado de equipamiento emitida por la mediante el oficio No. y las respectivas Renovaciones de Dictamen de Validación de Equipo Médico del Certificado de Necesidad de Equipo Médico (CDNEM) CDN-042/23, así como el DVEM DV-002/26 emitidos por la Dirección General de Modernización del Sector Salud.

Lo anterior tiene como propósito apoyar a las áreas solicitantes en la integración de sus carpetas, además de la gestión de la consulta correspondiente sobre la disponibilidad de recursos del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI).

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. JOSÉ ALEJANDRO AVALOS BRACHO
TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

 **2026**
año de
Margarita Maza

1

Av. Insurgentes Sur No. 1940, Col. Florida, C.P. 01030, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. Tel: 55 9160 8100 imssbienestar.gob.mx

CARPETA FÍSICA

- Carpeta física en carpeta con aros
- Firmas y rúbricas completas en documentos presentados
- Formato "7b. Desglose Equipamiento" rubricado en todas sus páginas y firmado en la última hoja
- Documentos impresos en hoja tamaño carta, legibles, sin tachaduras o enmendaduras
- Cotejar que la carpeta física y electrónica sean idénticas

CARPETA ELECTRÓNICA

- Carpeta electrónica en memoria USB
- Nombre de la carpeta: "XXXXX_Nom Entidad"
 - XXXXX = Clave en Registro en Cartera
 - Nom Entidad = Nombre de la Entidad
- Integrar los formatos en la subcarpeta correspondiente
 - El renombre de los archivos no sea extenso
 - Documentación escaneada legible

- 0 Sol recurso
- 1 Manifiesto eq
- 2 UM
- 3 CPI
- 4 PMNISyEMAT
- 5 Antep eq ejec
- 6 Antep eq transf
- 7 Desglose eq
- 8 Otros doc eq



Se sugiere que la **carpeta electrónica** deberá enviarse al correo electrónico de la persona **Titular de la División de Evaluación de Solicitudes de Proyectos**, para revisión previa a la entrega oficial



Una vez integrada conforme los requisitos establecidos las carpetas tanto **físicas como electrónicas (USB)**, deberán entregarse en Oficialía de Partes del IMSS-BIENESTAR

OBSERVACIONES

REQUISITOS EN REGLA 50 ó 60	CARPETA FÍSICA	CARPETA ELECTRÓNICA
0. Oficio de solicitud de recursos	✓ Impreso, rubricado y firmado Anexar copia para Acuse	✓ Escaneado (.pdf)
1. Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la unidad médica son patrimonio federal o estatal, o se encuentra en posesión del Área Solicitante	✓ Impreso, rubricado y firmado Anexar copia para Acuse	✓ Escaneado (.pdf)
2. Datos de identificación de la unidad médica	✓ Impreso, rubricado y firmado	✓ Escaneado (.pdf) y Editable (.xls)
3. Consulta de la Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPPI) vigente Documentos de Registro en cartera	✓ Impreso solamente la consulta de CPPI vigente (donde se muestre fecha y hora)	✓ Toda la documentación que se encuentra en registro en cartera Carpetas (.zip)
4. Documentación que acredite la inscripción en el Plan Maestro Nacional de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico de Alta Tecnología (PNISyEMAT)	✗ En caso de tener EMAT, no se requiere el impreso	✓ Escaneado (.pdf) (En caso de tener EMAT)
5. Anteproyecto de calendario de ejecución	✓ Impreso, rubricado y firmado	✓ Escaneado (.pdf) y Editable (.xls)
6. Anteproyecto de calendario de transferencia de recursos	✓ Impreso, rubricado y firmado	✓ Escaneado (.pdf) y Editable (.xls)
7b. Listado de equipo médico y bienes administrativos	✓ Impreso, rubricado y firmado	✓ Escaneado (.pdf) y Editable (.xls)
8b1. Oficio de manifiesto bajo protesta de decir verdad que la unidad médica cuenta con el espacio físico para la instalación de los bienes solicitados	✓ Impreso, rubricado y firmado Anexar copia para Acuse	✓ Escaneado (.pdf)
8b2. Oficio de validación de bienes de la Unidad de Atención a la Salud	✗ No se requiere impreso	✓ Escaneado (.pdf)



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



En caso de requerir mayor información sobre la integración de la documentación para equipamiento, favor de comunicarse con:

Mtra. Luz del Carmen Sepúlveda Hernández

**Titular de la División de Evaluación
de Solicitudes de Proyectos**

luz.sepulveda@imssbienestar.gob.mx



2026
año de
**Margarita
Maza**



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



GRACIAS



2026
año de
Margarita
Maza