



Gobierno de
México



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

UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA

**COORDINACIÓN DE EQUIPAMIENTO PARA
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



REQUISITOS



Las solicitudes de equipamiento deben realizarse conforme a las **Reglas de Operación del Fondo de Salud para el Bienestar**, las cuales pueden ser consultadas en el siguiente link:

https://imssbienestar.gob.mx/assets/docs/finanzas/TEXTO_INT_SEGUNDA_MODIF_REG_OPER_FONSABI.pdf

Los requisitos que deberán cumplir se encuentran en las Reglas 45 ó 61 según corresponda:

- **SAEAC:** Subcuenta Atención de Enfermedades de Alto Costo.
- **SANI:** Subcuenta Atención de Necesidades de Infraestructura Preferentemente en las Entidades Federativas con Mayor Marginación Social.

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

XXXXXXXXXX

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

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 (Nombre en registro en cartera)	Recursos solicitados		
	Obra	Equipo	Total

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
COORDINADOR ESTATAL Y/O
SECRETARIO DE SALUD**

NOMBRE Y FIRMA

0. OFICIO DE SOLICITUD DE RECURSOS

Oficio de solicitud de recursos, dirigido al Titular de la Dirección General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, signado por:

- Coordinación Estatal.
- Coordinación del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE).
- Secretaría de Salud de la Entidad.

La clasificación de **Programa o Proyecto** se integra de acuerdo con la consulta del PPI.

Estado XXX, a XX de XXXX del 20XX

OFICIO

No. XX-XX- -XXXX-20XX

Asunto: Manifiesto que (la unidad médica/las unidades médicas) que recibirán recursos al 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 al 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, copia de 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.

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
COORDINADOR ESTATAL Y/O,
SECRETARIO DE SALUD

NOMBRE Y FIRMA

1. OFICIO DE PROPIEDAD O POSESIÓN

Opción 1:

Sobre el particular, manifiesto bajo protesta de decir verdad a usted que la unidad médica/unidades médicas señaladas con domicilio en el "Formato 7b - Ubicación" en el que se aplicarán los recursos que se autoricen son:

- a) Patrimonio Federal.
- b) Patrimonio Estatal.

Opción 2:

Sobre el particular, manifiesto bajo protesta de decir verdad a usted que la unidad médica/unidades médicas señaladas con domicilio en el "Formato 7b - Ubicación" en el que se instalará dicho equipamiento **se encuentra en posesión** de XXXXX.

1. OFICIO DE PROPIEDAD O POSESIÓN

Manifestación por escrito del Titular del Área Solicitante, deberá adjuntar a la presente, copia de la documentación que sustenta dicha aseveración.

En caso de tener dos o más documentos de sustento, estos deben estar ordenados en la carpeta conforme aparece en el oficio.



- **Escrituras.**
- **Inscripción en el Registro Público de la Propiedad.**
- **Contrato de donación.**
- **Documento de posesión.**

Se debe observar con claridad la dirección del inmueble en donde se instalarán los bienes solicitados.

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

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 y aspectos generales de la obra, programa o proyecto de inversión

Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:

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

Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA

Agregar tantas filas como sea necesario

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

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 (Análisis Costo Beneficio o Ficha Técnica)

3. CLAVE DE CARTERA DE PPI

Ejemplo

Impresión de la consulta de PPI, donde se observe el día y la hora

En la carpeta electrónica incluir todos los documentos que se encuentran en registro en cartera

4/6/25, 13:05

Cartera de Inversión

Consulta de Programa/Proyecto de Inversión en Cartera.

6879	Número de solicitud
22128119882	Clave de cartera
47 - Entidades no Sectorizadas	Ramo
AYO - Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)	Unidad
Institución del Hospital General Agustín Q. Heróles en la Ciudad de Mérida, Yucatán	Nombre

Todos los documentos de la consulta deben ser incorporados.

5. CDNEM, DVEM o DVTT

- 5a. Certificado de Necesidades de Equipo Médico (CDNEM).

El Certificado se debe encontrar **vigente**.

Incorporar Oficio y Anexo del documento de planeación. En caso que el documento se encuentre en trámite, la actualización de vigencia se deberá incorporar.

Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-00000

Para la incorporación de un Angiógrafo para intervenciones, una Resonancia magnética de 1.5 Tesla, una Unidad para Tomografía axial computarizada de alta resolución de 160 cortes, un Fluoroscopio vascular pediátrico adulto, un Ultrasonido de Tapa, un Monitoreo externo de Ritmo, grilla para cirugía, una Unidad de Cirugía endoscópica, un Monitoreo para monitoreo, un Monitoreo para ultrasonido de alta resolución y un Monitoreo para ultrasonido Doppler, en el Hospital General de Toluca, en Toluca.

Vigencia hasta el 10 de julio de 2026

Vigente

5. CDNEM, DVEM o DVTT

- 5b. Dictamen de Validación de Equipo Médico (DVEM).

El Dictamen se debe encontrar **vigente**.

Incorporar Oficio y Anexo del documento de planeación. En caso que el documento se encuentre en trámite, la actualización de vigencia se deberá incorporar.

Dictamen de Validación de Equipo Médico No. DV- [REDACTED]

Para la incorporación de los bienes detallados en el documento anexo para el proyecto:

[REDACTED]

Vigencia hasta el 25 de junio del 2026

Este documento es inválido si se lleva a cabo el proceso de adquisición de equipo nuevo o a la incorporación de equipo donado, previo a la emisión del presente.

Vigente

5. CDNEM, DVEM o DVTT

- 5c. Dictamen de Validación Técnico de Telemedicina - Telesalud (DVTT).

El Dictamen se debe encontrar **vigente**.

Incorporar Oficio y Anexo del documento de planeación. En caso que el documento se encuentre en trámite, la actualización de vigencia se deberá incorporar.

Dictamen de Validación Técnico de Telemedicina-Telesalud No. CENETEC DTS-

Para la incorporación de los bienes detallados en el documento anexo para el proyecto

Creación de una Unidad

Vigencia al 22 de diciembre de 2025

Este documento es válido siempre y cuando sea obtenido previo al proceso de adquisición de equipo nuevo o a la incorporación de equipo donado o arrendado.

Vigente

6. Calendario de ejecución

1 → **Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:**

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

Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA

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

2 →

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

Atentamente

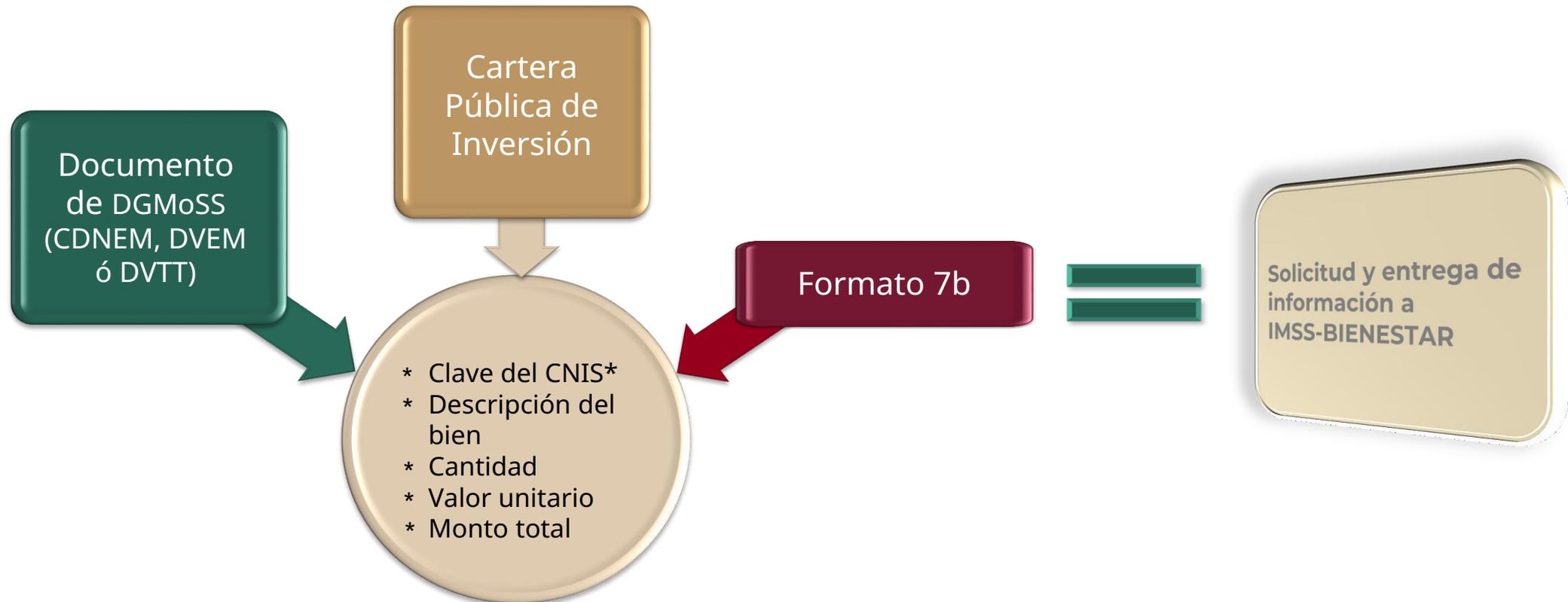
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1 Datos conforme a la Cartera Pública de Inversión
Especificar si es programa o proyecto

2 Considerar las actividades y temporalidad adecuada dependiendo de los trámites, procedimientos y el tiempo que requiera el equipamiento para su adquisición

7. Desglose de montos

Considerar la trazabilidad de la información



*DGMoSS: Dirección General de Modernización del Sector Salud

*CNIS: Compendio Nacional de Insumos para la Salud

<https://www.gob.mx/csg/articulos/compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-367182>

7. Desglose de montos

VII. En el Formato 7b se debe observar lo no susceptible de apoyo:

Atendiendo las
restricciones
consideradas en las
Reglas del Fondo:
48 ó 62

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

- I. Contemplan **únicamente la adquisición de mobiliario y/o equipo administrativo**, y
- II. Hayan sido previamente objeto de apoyo financiero con cargo a los recursos de la SAEAC o SANI **para cubrir los mismos conceptos**

Asimismo, no serán objeto de apoyo acciones relacionadas con **tecnologías de la información**, ni con los **servicios relacionados con las obras públicas** a que se refiere el artículo 4 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las mismas.

7. Desglose de montos

7b. Lista de Equipamiento Médico

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.	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 (antes de IVA)	Importe
1	DV-XXX/XX	XXXXXXXXXX	*	*	*	XXX.XXX.XXX	XXXXXX	*	*	*	EQUIPO MÉDICO	1	\$ 500.00	\$ 500.00
2	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	EQUIPO DE LABORATORIO	50	\$ 30.50	\$ 1,525.00
3	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	INSTRUMENTAL	*	\$ -	\$ -
4	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	MOBILIARIO MÉDICO	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
													Subtotal	\$ 2,025.00
													IVA 16%	\$ 324.00
													Monto solicitado	\$ 2,349.00

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

- 1** Numeración consecutiva
- 4** Lugar donde se instalarán los bienes conforme los planos arquitectónicos
- 7** Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCoP)
- 10** Debe corresponder entre Formato 7b y CPPI
- 2** Número de CDNEM/DVEM/DVTT
- 5** Área, servicio, o local a la que pertenecerán los bienes dentro del Área General
- 8** Debe corresponder entre formato 7b, CPPI** y CDNEM/DVEM/DVTT
- 11** Colocar número, nombre de FT y tipo de bien asignado
- 3** Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud
- 6** Claves validadas por DGMoSS
- 9** Datos conforme a CPPI Seleccionar si es "programa" o "proyecto"

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

[*https://www.gob.mx/compranet/documentos/clasificador-unico-de-las-contrataciones-publicas-cucop](https://www.gob.mx/compranet/documentos/clasificador-unico-de-las-contrataciones-publicas-cucop)

**CPPI: Cartera de Programas y Proyectos de Inversión

7. Desglose de montos

Verificar la correspondencia

CONCEPTO	REGISTRO EN CARTERA	CDNEM/DVEM/DVTT	FORMATO 7B	VERIFICAR
Descripción del área solicitante	Unidad radiológica y fluoroscópica de uso General	Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	✘
	Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	Unidad radiológica y fluoroscópica digital con telemando	☺
Clave	351.341.04 79	531.341.0481	531.341.04 79	✘
	531.341.0481	531.341.0481	531.341.0481	☺
Cantidad	5	2	5	✘
	5	2	2	☺

7. Desglose de montos

Verificar la correspondencia

- Los montos (subtotales, importes, IVA y totales) en el Formato 7b, no deberá contener más de dos decimales.
- El monto que se encuentra en Registro en Cartera debe coincidir con el expresado en el Formato 7b. Por tal motivo, no se puede exceder.

CONCEPTO	REGISTRO EN CARTERA	FORMATO 7B	VERIFICAR
Monto	\$2,500.49 63	\$2,500.50	✘
	\$2,500.49	\$2,500.49	😊

Truncar a 2 DECIMALES todos los MONTOS

7. Desglose de montos

7b. Lista de bienes administrativos

8

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	

1

No.	CLUES	Nombre de la Unidad Médica	Área General	Área Específica	Clave CUCOP	Nombre del bien en Registro en Cartera	Número de Ficha Técnica	Nombre de la Ficha Técnica	Tipo de bien	Cantidad	Valor unitario (antes de IVA)		Importe total
1	XXXXXXXXXX	*	*	*	XXXXXXXXXX	*	*	*	MOBILIARIO	1	\$ -	500.45	\$500.45
2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
10	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -		\$ -
											Subtotal	\$	500.45
											IVA 16%	\$	80.07
											Total	\$	580.52

Atentamente

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1

Numeración consecutiva

3

Lugar donde se instalarán los bienes conforme los planos arquitectónicos

5

Clasificador Único de las Contrataciones Públicas (CUCoP)

7

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

2

Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud

4

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

6

Debe corresponder entre Formato 7b y CPPI

8

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

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

NOTA: En caso de no requerir bienes administrativos, eliminar la pestaña

7. Desglose de montos

Geolocalización

7b. Ubicación

3 **Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:** **3**
Fuente de Financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar **4**
Clave en registro en cartera: **3**
Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA **4**

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)
XXXXXXXXXX	Aguascalientes	*	*	*	*	*	*
*	Baja California	*	*	*	*	*	*
*	Baja California Sur	*	*	*	*	*	*
*	Campeche	*	*	*	*	*	*
*	Chiapas	*	*	*	*	*	*
*	Chihuahua	*	*	*	*	*	*
*	Ciudad de México	*	*	*	*	*	*
*	Coahuila	*	*	*	*	*	*
*	Colima	*	*	*	*	*	*
*	Durango	*	*	*	*	*	*
*	Estado de México	*	*	*	*	*	*
*	Guanajuato	*	*	*	*	*	*
*	Guerrero	*	*	*	*	*	*
1	Hidalgo	*	*	*	*	*	*
*	Jalisco	*	*	*	*	*	*
*	Michoacán	*	*	*	*	*	*
*	Morelos	*	*	*	*	*	*
*	Nayarit	*	*	*	*	*	*
*	Nuevo León	*	*	*	*	*	*
*	Oaxaca	*	*	*	*	*	*
*	Puebla	*	*	*	*	*	*
*	Querétaro	*	*	*	*	*	*
*	Quintana Roo	*	*	*	*	*	*
*	San Luis Potosí	*	*	*	*	*	*
*	Sinaloa	*	*	*	*	*	*
*	Sonora	*	*	*	*	*	*
*	Tabasco	*	*	*	*	*	*
*	Tamaulipas	*	*	*	*	*	*
*	Tlaxcala	*	*	*	*	*	*
*	Veracruz	*	*	*	*	*	*
*	Yucatán	*	*	*	*	*	*
*	Zacatecas	*	*	*	*	*	*

ATENCIÓN

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1 Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud

2 Conforme al documento soporte del Manifiesto de Propiedad o Posesión

El domicilio debe estar correcto, 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

8. Planos arquitectónicos

8b. Se deberá adjuntar a la presente, los planos arquitectónicos de las unidades médicas que solicitan recursos al Fondo.

El inmueble se debe observar con claridad.

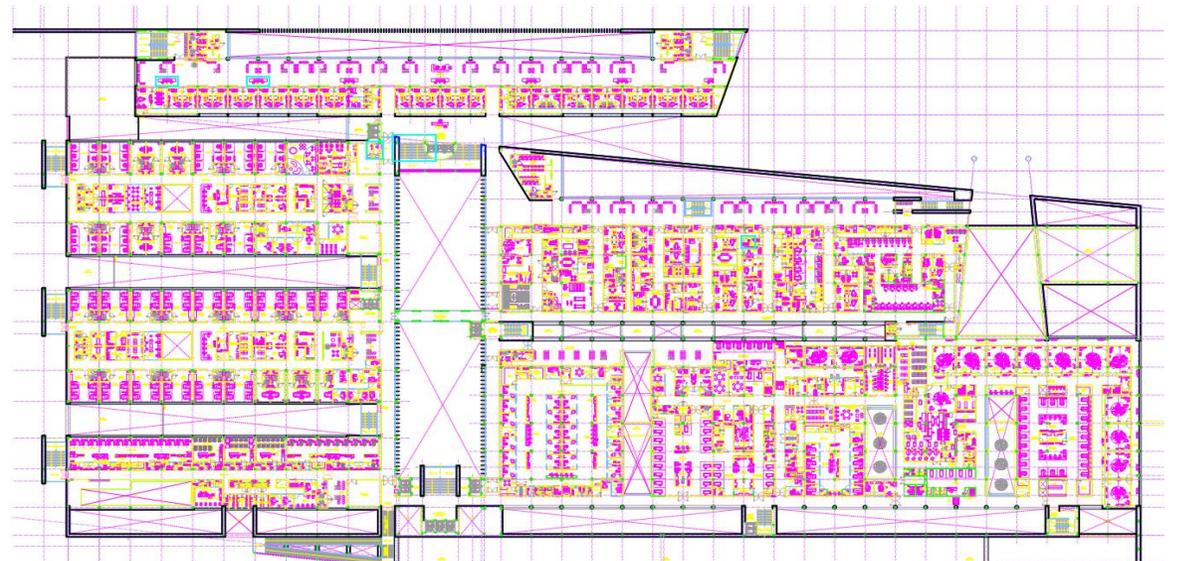
Entregar en formato PDF y Autocad (.DWG)

Nombre de la Unidad Médica

Planta baja



Planta alta



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.

8b. OFICIO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

XXXXXXXXXX

DIRECTOR(A) GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL IMSS BIENESTAR
PRESENTE

En relación al 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
COORDINADOR ESTATAL Y/O,
SECRETARIO DE SALUD

NOMBRE Y FIRMA

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.

Ciudad de México, a [REDACTED]

Of. Núm. UAS- [REDACTED]

Asunto: Validación de necesidades de los Programas y Proyectos de Inversión (PPI) del [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED], mediante el cual se solicita la validación de los proyectos programados para su ejecución durante el ejercicio fiscal [REDACTED] por parte de esta Unidad, y con fundamento en los artículos 21, fracción I, incisos c) y j); 23, fracción XIII; 24, fracción X; 25; 28, fracción XXIII; 34 fracción VIII, X y XI y 34 Bis del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), me permito comunicar lo siguiente:

Se aprueba la determinación de la necesidad, con la validación de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica y la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales de los siguientes Programas y Proyectos de Inversión (PPI) [REDACTED]

[REDACTED]

Con lo anterior, se describe el listado del equipamiento requerido de los PPI, con claves del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS).

[REDACTED]

8b. 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)**.

OBSERVACIONES

Tipo de solicitud	Requisitos en regla 45 ó 61	Observaciones
Obra y Equipamiento	0. Oficio de solicitud de recursos	Dirigido al Titular de la Dirección General del IMSS-BIENESTAR Formato "OF solicitud recursos" CF: impreso, CE: 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	Dirigido al Titular de la Dirección General del IMSS-BIENESTAR Formato "1. OF propiedad o posesión" adjuntando documentación soporte y/o documento que acredite que la unidad médica en el que se instalará dicho equipamiento es patrimonio federal o estatal, o se encuentra en posesión del Área Solicitante CF: impreso, CE: escaneado (PDF)
	2. Datos de identificación de la unidad médica	Formato "2. Unidad médica" CF: impreso, CE: escaneado (PDF) y editable (Excel)
	3. Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPPI) vigente	Impresión de la Consulta de PPI en cartera, donde se observe el día de la consulta con la finalidad de contar con el registro vigente (CF y CE) CE: consulta de PPI en cartera (PDF), y todos los documentos que se encuentran en la CPPI
Obra	4. Documentos en caso de obra	NO APLICA
Equipamiento	5. Contar con los documentos de planeación expedidos por la unidad administrativa o área competente de la SSA	
	5a. Certificado de Necesidad de Equipo	CF: impreso, CE: escaneado (PDF)
	5b. Dictamen de Validación	CF: impreso, CE: escaneado (PDF)
	5c. Dictamen Técnico de Telemedicina	CF: impreso, CE: escaneado (PDF)

Nota: Carpeta física (CF) y electrónica (CE)

OBSERVACIONES

Tipo de solicitud	Requisitos en regla 45 ó 61	Observaciones
Obra y Equipamiento	6. Anteproyecto de calendario de ejecución)	
Obra	6a. Calendario de ejecución de obra	NO APLICA
Equipamiento	6b. Calendario de ejecución equipo	Formato "6b Anteproyecto equipo" CF: impreso, CE: escaneado (PDF) y editable (Excel)
Obra y equipamiento	7. Monto de apoyo solicitado, (documento soporte desglosando los gastos a realizarse por tipo de obra, programa o proyecto de inversión)	
Obra	7a. Solicitud de recursos de obra	NO APLICA
Equipamiento	7b. Solicitud de recursos de equipo	Formato "7b. Desglose equipamiento" CF: impreso, CE: escaneado (PDF) y editable (Excel)
Obra	8. Otros documentos: NO APLICA	
Equipamiento	8b1. Planos arquitectónicos de establecimientos de salud	CE: escaneado (PDF) y formato .DWG
	8b2. Oficio de manifiesto bajo protesta de decir verdad que la unidad médica cuenta con el espacio físico para la instalación de los bienes solicitados	Dirigido al Titular de la Dirección General del IMSS-BIENESTAR Formato "8b. OF bajo protesta de decir verdad" CF: impreso, CE: escaneado (PDF)
	8b3. Oficio de validación de bienes de la Unidad de Atención a la Salud	CE: escaneado (PDF)

Nota: Carpeta física (CF) y electrónica (CE)

OBSERVACIONES

 Referente a la entrega de la **carpeta electrónica** considerar lo siguiente:

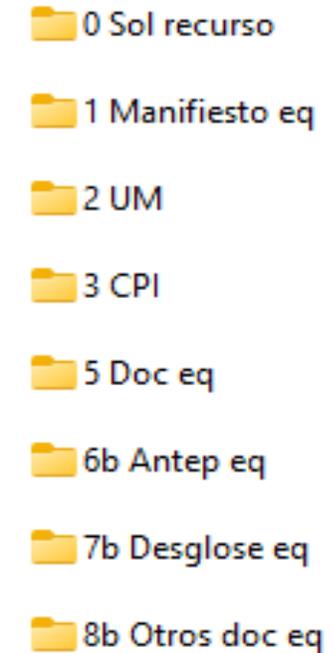
Nombre de la carpeta: "XXXXX_Nom Entidad"

- 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

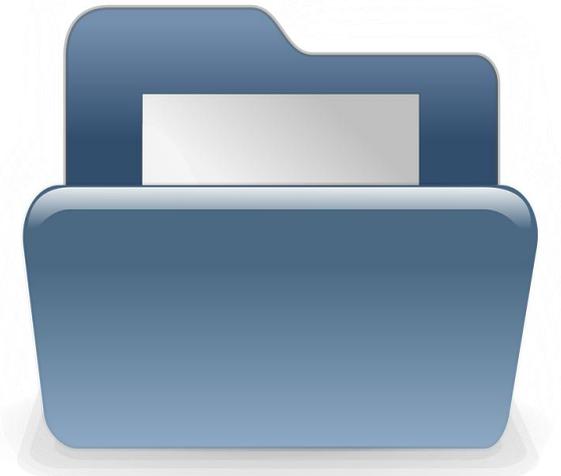
- 
-  0 Sol recurso
 -  1 Manifiesto eq
 -  2 UM
 -  3 CPI
 -  5 Doc eq
 -  6b Antep eq
 -  7b Desglose eq
 -  8b Otros doc eq

La **carpeta electrónica** se tiene que enviar al correo electrónico de la persona **Titular de la División de Evaluación de Solicitudes de Proyectos**, para revisión previa a la entrega oficial.

OBSERVACIONES

Referente a la entrega de la **carpeta física** considerar lo siguiente:

-  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



Las carpetas, tanto **físicas como electrónicas**, deben entregarse de manera oficial con toda la documentación escaneada y conforme a lo establecido en la escritura correspondiente.



Gobierno de
México



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

Teléfono: (55) 9160 8100; Ext: 107-104





Gobierno de
México



GRACIAS

