



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](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

# 0. OFICIO DE SOLICITUD DE RECURSOS

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**

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

- Coordinador Estatal
- Coordinador del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)
- Secretario(a) 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

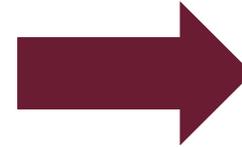
Opción 2:

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/AA

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**

20/3/25, 17:31 Cartera de Inversión

### Consulta de Programa/Proyecto de Inversión en Cartera.

---

Número de solicitud

Clave de cartera

Ramo

**47 - Entidades no Sectorizadas**

Unidad

**AYO - Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)**

Nombre

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

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 flujo grande 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/AA

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

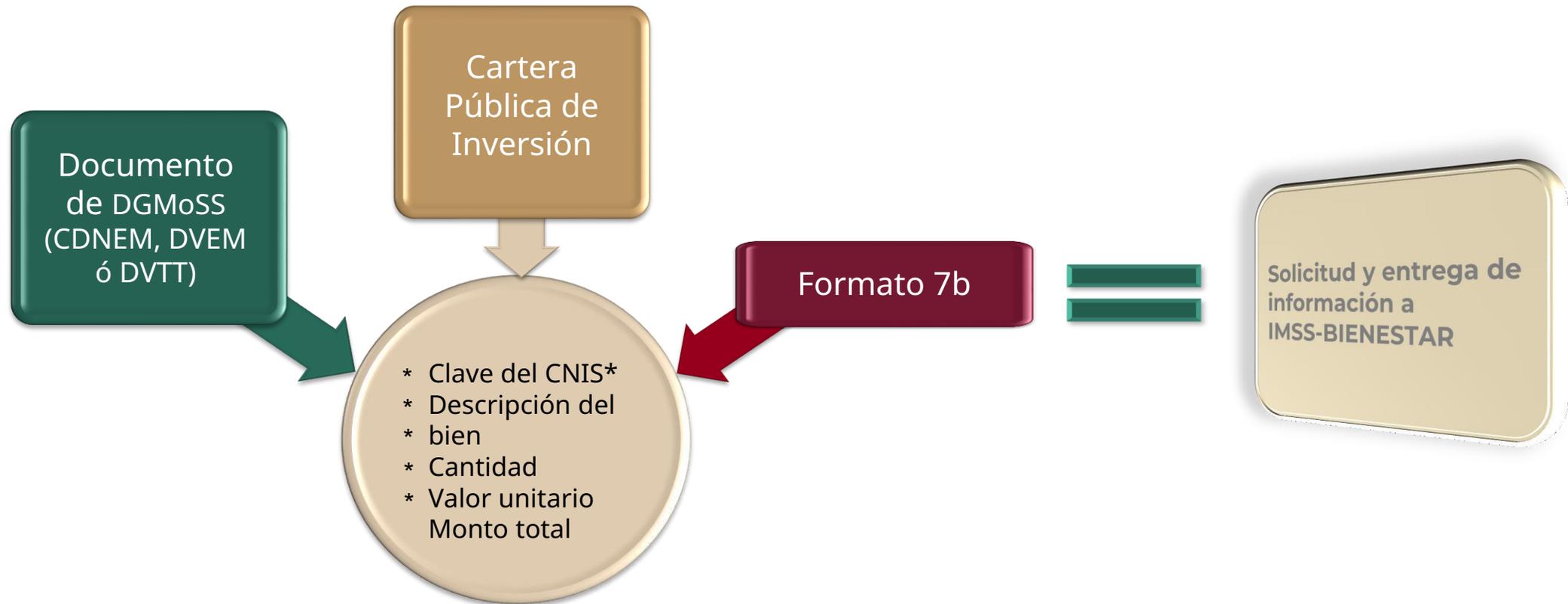
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

**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

## Lista de equipamiento médico

7b. Lista de Equipamiento Médico

7 Nombre del programa/proyecto en registro en cartera: 4 Clave en registro en cartera  
 Entidad Federativa: 9 Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA  
 Fuente de Financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar 7

No	Documento de Planeación	CLUES	Nombre de la Unidad Médica	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	53200033	*	*	*	EQUIPO MEDICO	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 MEDICO	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	MOBILIARIO	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
											<b>Subtotal</b>	\$ 2,025.00
											<b>IVA 16%</b>	\$ 324.00
											<b>Monto solicitado</b>	\$ 2,349.00

**ATENAMENTE**

**NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO**

- 1 Numeración consecutiva
- 3 Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud
- 5 Claves validadas por DGMoSS
- 7 Datos conforme a Cartera Pública de Inversión. Especificar si es programa o proyecto
- 2 Número de CDNEM/DVEM/DVTT
- 4 Clasificador Único de las Contrataciones Públicas CUCoP\*
- 6 Debe corresponder entre formato 7b, registro en Cartera y CDNEM/DVEM/DVTT
- 8 Todos los montos deben ir truncados a los decimales
- 9 Colocar número, nombre de FT y tipo de bien asignado

NOTA: Consulta el Video GUIA DE LLENADO FORMATO 7B. (Una vez aprobado y publicado el video GUIA DE LLENADO FORMATO 7B, se obtendrá el link y se generará el QR)

\*<https://www.gob.mx/compranet/documentos/clasificador-unico-de-las-contrataciones-publicas-cucop>

## 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 <b>de uso General</b>	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 <b>79</b>	531.341.0481	531.341.04 <b>79</b>	✘
	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 <b>63</b>	\$2,500.50	✘
	\$2,500.49	\$2,500.49	😊

**Truncar a dos decimales  
todos los montos**

# 7. Desglose de montos

## Lista de bienes administrativos

### 7b. Lista de bienes administrativos

<b>6</b>	<b>Nombre del programa/proyecto en registro en cartera:</b>	<b>Clave en registro en cartera</b>
	<b>Entidad Federativa</b>	<b>Fecha de elaboración: DD/MM/AAA</b>
	<b>Fuente de Financiamiento:</b> Fondo de Salud para el Bienestar	

No.	CLUES	Nombre de la Unidad Médica	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	*	51900005	*	*	*	MOBILIARIO ADMINISTRATIVO	1	\$500.45	\$500.45
2	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
3	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
4	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
5	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
6	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
7	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
8	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
9	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
10	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
11	*	*	*	*	*	*	*	*	\$ -	\$ -
									<b>Subtotal</b>	\$ 500.45
									<b>IVA 16%</b>	\$ 80.07
									<b>Total</b>	\$ 580.52

Atentamente

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

**1** Numeración consecutiva

**3** Clasificador Único de las Contrataciones Públicas CUCoP\*

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

**7** Todos los montos deben ir truncados a dos decimales

**2** Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud

**4** Debe corresponder entre Formato 7b y Registro en Cartera

**6** Datos conforme a Cartera Pública de Inversión. Especificar si es programa o proyecto

**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:** Clave en registro en cartera:  
 Fuente de Financiamiento: Fondo de Salud para el Bienestar Fecha de elaboración: DD/MM/AAAA

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	*	*	*	*	*	*
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>	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
- 3 El domicilio debe estar correcto dado que será lugar donde el proveedor realice la entrega del bien
- 4 Datos conforme a la Cartera de Inversión. Especificar si es programa o proyecto
- 3 Link que corrobore la dirección de la unidad o unidades médicas

## 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.

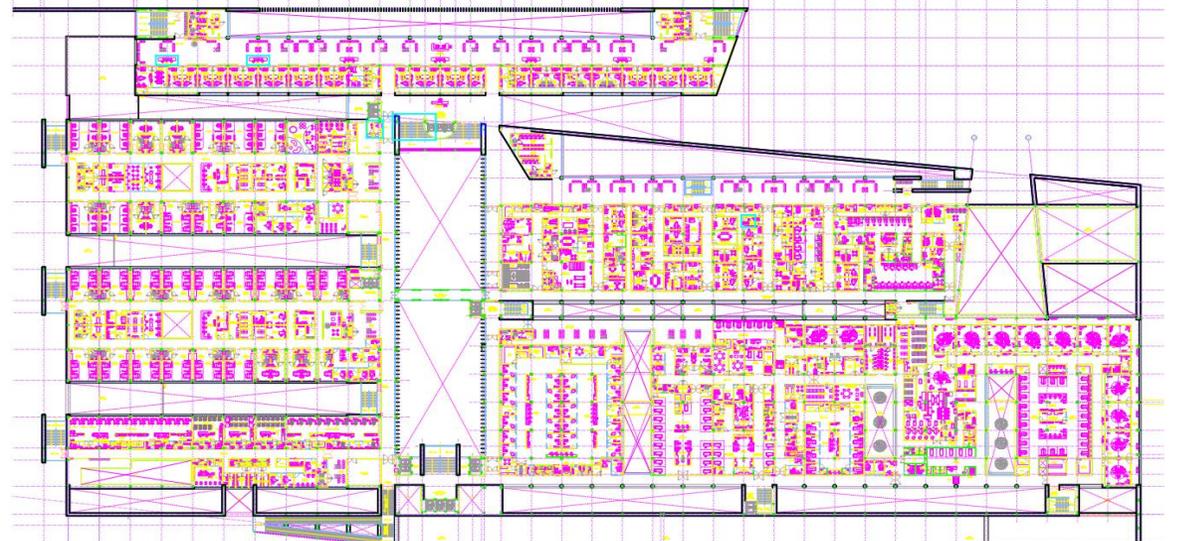
**Entregar en formato  
PDF y Autocad (.DWG)**

**Nombre de la Unidad Médica**

Planta baja



Planta alta



# OBSERVACIONES

Tipo de solicitud	Requisitos en Regla 45 ó 61	Observaciones
Obra y Equipamiento	0. Oficio de solicitud de recursos	<p>Dirigido al Titular de la Dirección General de los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.</p> <p>Formato " OF solicitud recursos". <b>CF: Impreso, CE: escaneado (PDF)</b></p>
	1. Manifiesto bajo protesta de verdad que la unidad médica son patrimonio federal o estatal, o se encuentra en posesión del Área Solicitante	<p>Dirigido al Titular de la Dirección General de los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.</p> <p>Formato "1. OF propiedad o posesión" adjuntando documentación soporte y/o documento que acredite que la unidad médica señalada en el formato "7b. Ubicación" en el que se instalará dicho equipamiento es patrimonio federal o estatal, o se encuentra en posesión del Área Solicitante. <b>CF: Impreso, CE: escaneado (PDF)</b></p>
	2. Datos de identificación de la unidad médica	<p>Formato "2. Unidad médica". <b>CF: Impreso, CE: escaneado (PDF) y editable (Excel)</b></p>
	3. Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión (CPPI) vigente	<p>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).</p> <p><b>CE: Consulta de PPI en cartera (PDF), y todos los documentos que se encuentran en la CPPI</b></p>

Nota: Carpeta física [CF] y electrónica [CE]

# OBSERVACIONES

Tipo de solicitud	Requisitos en Regla 45 ó 61	Observaciones
Obra	4. Documentos en caso de obra.	NO APLICA
Equipamiento	<b>5. Contar con los documentos de planeación expedidos por la unidad administrativa o área competente de la SSA</b>	
	5a. Certificado de Necesidad de Equipo	CF: Impreso, CE: PDF
	5b. Dictamen de Validación	CF: Impreso, CE: PDF
	5c. Dictamen Técnico de Telemedicina	CF: Impreso, CE: PDF
Obra y Equipamiento	<b>6. Anteproyecto de calendario de ejecución</b>	
Obra	6a. Calendario de ejecución obra	NO APLICA
Equipamiento	6b. Calendario de ejecución equipo	Formato "6b Anteproyecto equipo". CF: Impreso, CE: PDF y Excel
Obra y Equipamiento	<b>7. Monto de apoyo solicitado,</b> (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: PDF y Excel
Obra	8. Otros documentos: NO APLICA	
Equipamiento	8b. Planos arquitectónicos del establecimiento de salud	CE: PDF y formato .DWG

Nota: Carpeta física [CF] y electrónica [CE]

# OBSERVACIONES

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

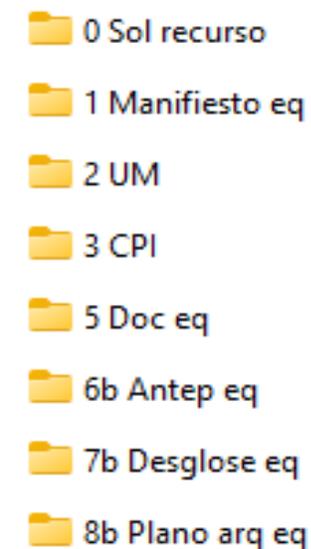
Nombre de la carpeta: "XXXXX\_Nom Entidad"

- 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

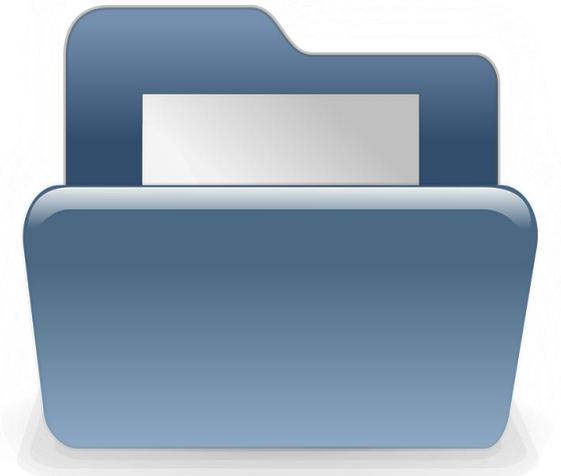
- 
- 0 Sol recurso
  - 1 Manifiesto eq
  - 2 UM
  - 3 CPI
  - 5 Doc eq
  - 6b Antep eq
  - 7b Desglose eq
  - 8b Plano arq eq

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](mailto:luz.sepulveda@imssbienestar.gob.mx)

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





Gobierno de  
**México**



# GRACIAS

---

