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

UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA

Coordinación de Equipamiento para Establecimientos de Salud

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR

REQUISITOS

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

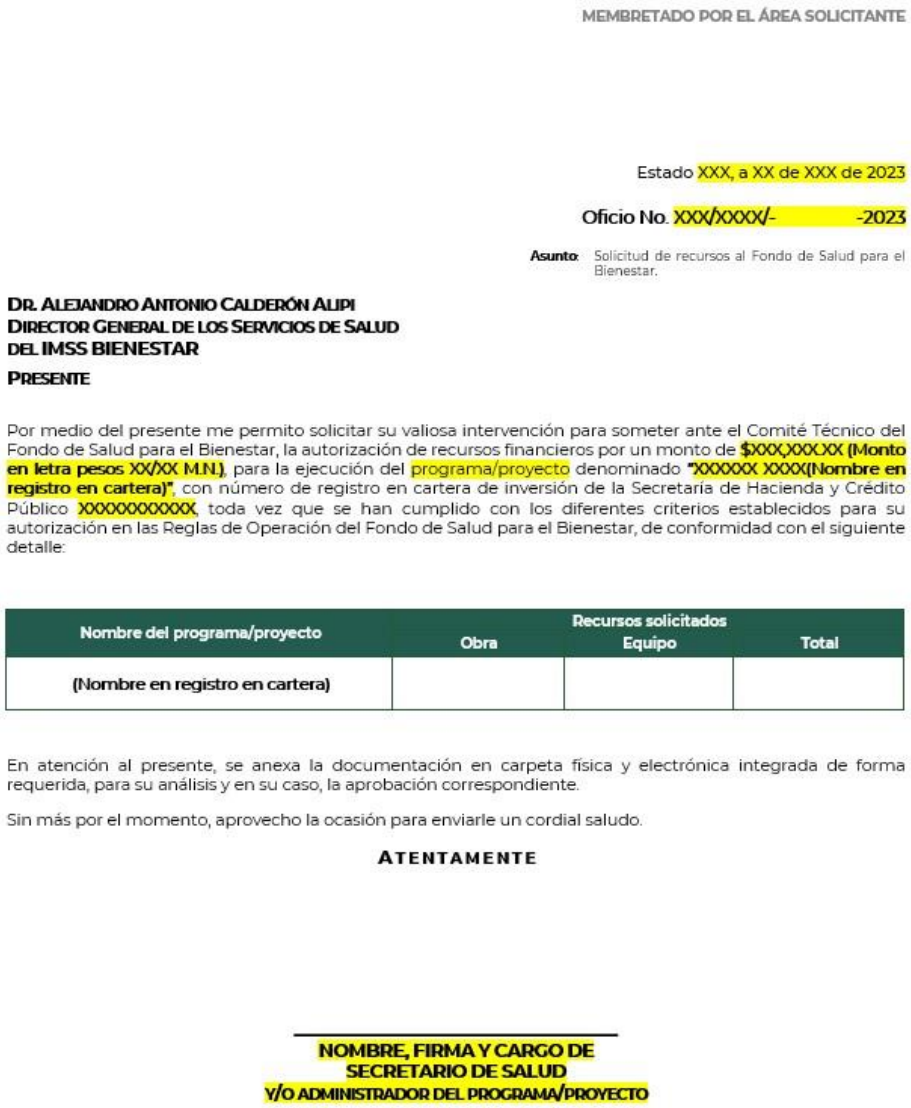
https://www.imssbienestar.gob.mx/assets/img/finanzas/archivos/REGLAS%20DE%20OPERACI%C3%93N%20FONSABI%20(2E.02_0823).pdf

Los requisitos que deberán cumplir se encuentran en las Reglas 45 ó 61 según corresponda a **SAEAC** (Subcuenta Atención de Enfermedades de Alto Costo) o **SANI** (Subcuenta Atención de Necesidades de Infraestructura Preferentemente en las Entidades Federativas con Mayor Marginación Social)

0. Oficio solicitud de recursos

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

1 Oficio de solicitud de recursos, Dirigido al Dr. Alejandro Antonio Calderón Alipi, Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, signado por el Secretario(a) de Salud de la Entidad



MEMBRETADO POR EL ÁREA SOLICITANTE

Estado XXX, a XX de XXX de 2023

Oficio No. XXX/XXXX/- -2023

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

DR. ALEJANDRO ANTONIO CALDERÓN ALIPI
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL IMSS 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 **"XXXXXX XXXX(Nombre en registro en cartera)"**, con número de registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público **XXXXXXXXXX**, 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 detalle:

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

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE
SECRETARIO DE SALUD
Y/O ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Oficio propiedad o posesión

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Estado XXX, a XX de XXX de 2023

Oficio No. XXX/XXXX/- -2023

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 XXXXXXXXX

DR. ALEJANDRO ANTONIO CALDERÓN ALIPI
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL IMSS BIENESTAR

PRESENTE

En relación al programa/proyecto denominado **"XXXXX (Nombre en registro en cartera)"**, con número de registro en cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público **XXXXXXXXXXX**, 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 de decir verdad a usted de que (la unidad médica/ las unidades médicas) señalas 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) señalas con domicilio en el "Formato 7b. Ubicación" en el que se instalará dicho equipamiento se encuentra en posesión de XXXXXXXXXX**. 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

NOMBRE, FIRMA Y CARGO, SECRETARIO DE SALUD
Y/O ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

Opción 1:

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

- **Patrimonio federal**
- **Patrimonio estatal**

Nota. No puede ser ambos

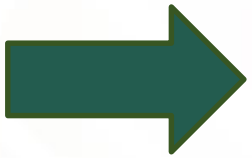
Opción 2:

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

1. Oficio propiedad o posesión

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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



- **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

2. Identificación unidad médica

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

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 (ACB o Ficha Técnica)

3. Clave de cartera de PPI

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

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

Ejemplo

15/11/23, 13:26 Cartera de Inversión

Consulta de Programa/Proyecto de Inversión en Cartera.

Número de solicitud

[redacted]

Clave de cartera

[redacted]

Ramo

47 - Entidades no Sectorizadas

Unidad

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

Nombre

[redacted]

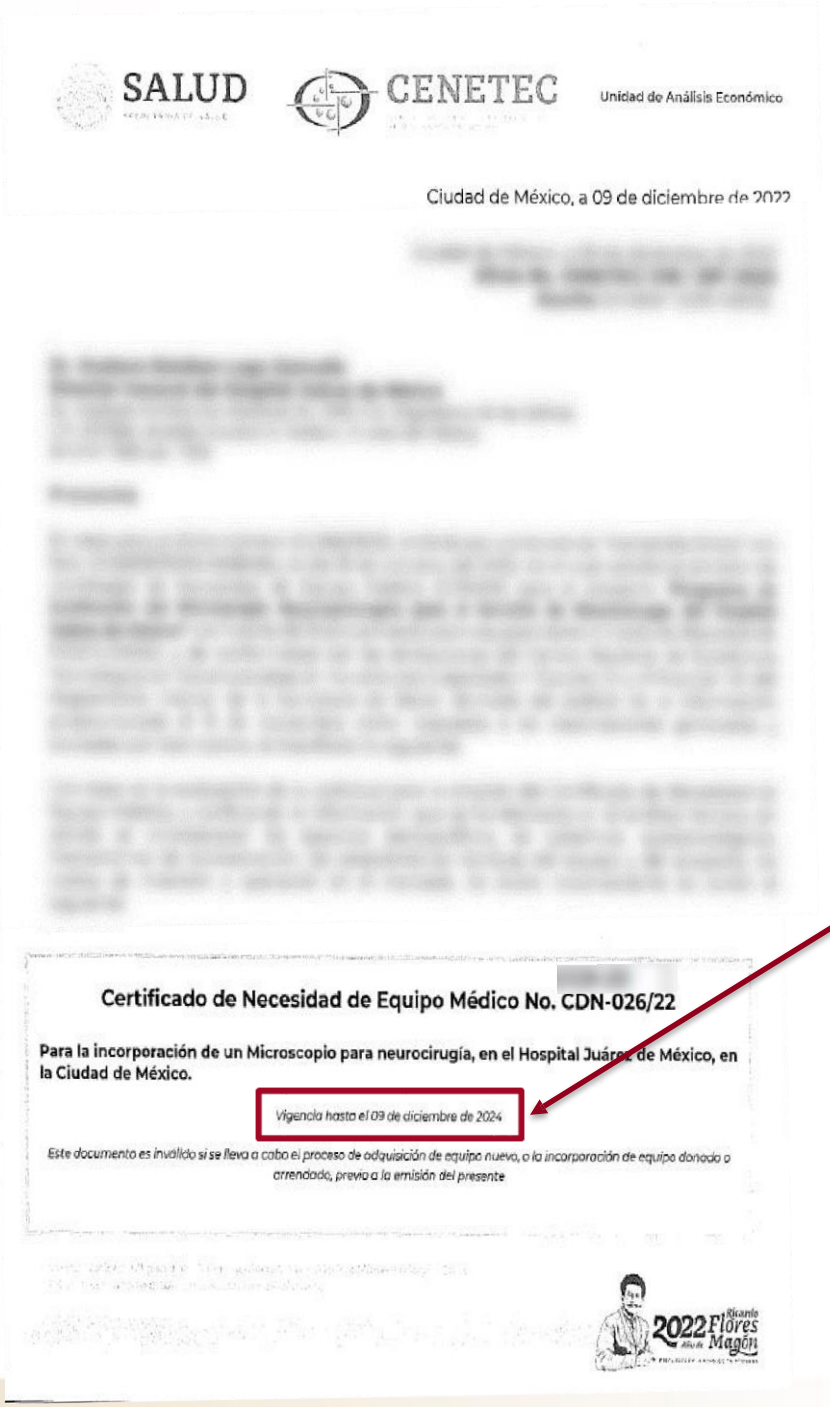
5. CDNEM, DVEM o DVTTT

VI Certificado de Necesidades de Equipo Médico (CDNEM)

- **Debe estar vigente**

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Ejemplo



SALUD CENETEC Unidad de Análisis Económico

Ciudad de México, a 09 de diciembre de 2022

[redacted]

Certificado de Necesidad de Equipo Médico No. CDN-026/22

Para la incorporación de un Microscopio para neurocirugía, en el Hospital Juárez de México, en la Ciudad de México.

Vigencia hasta el 09 de diciembre de 2024

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

2022 Ricardo Flores Magón

Vigente

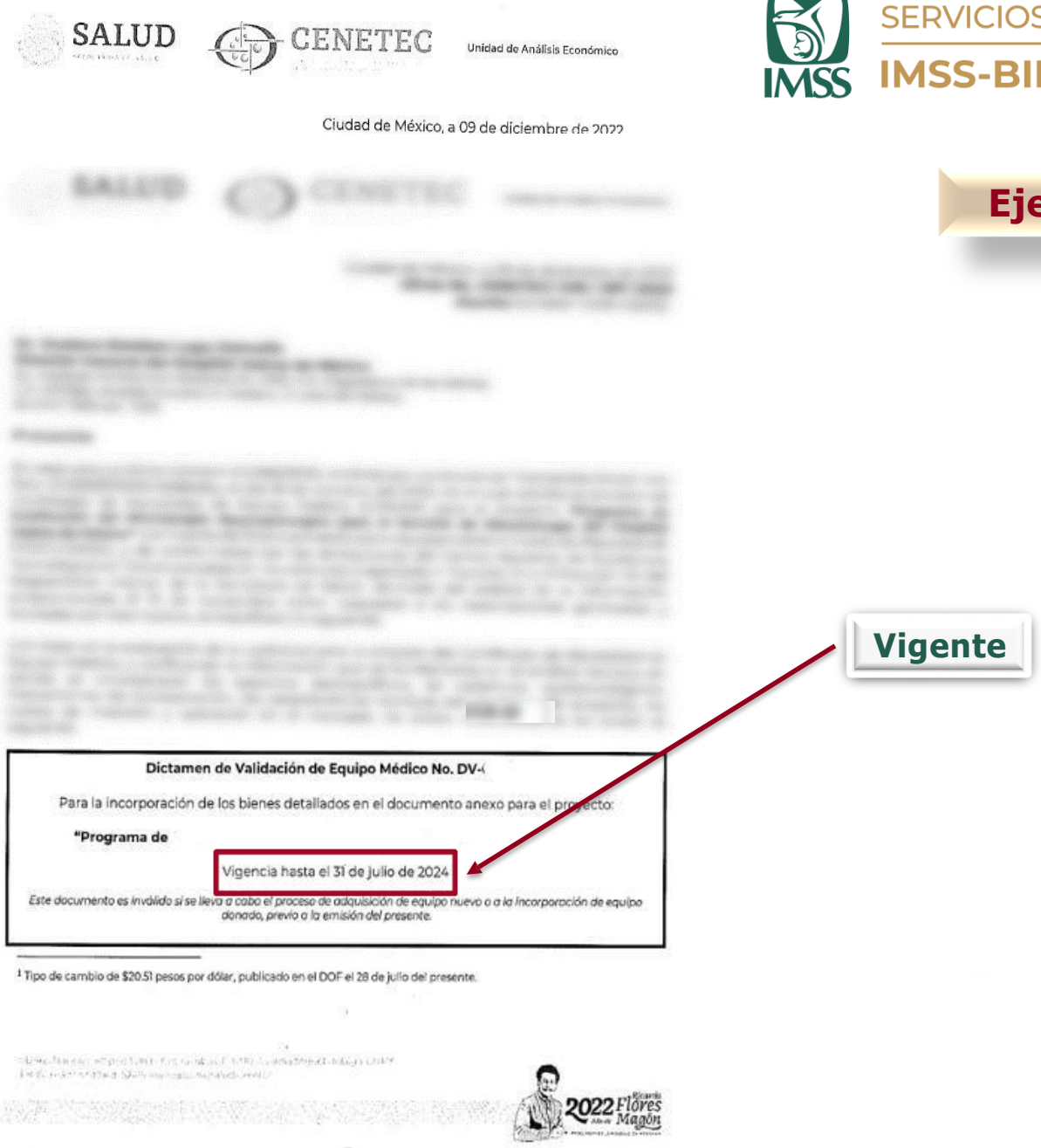
5. CDNEM, DVEM o DVTTT

VII Dictamen de Validación de Equipo Médico (DVEM)

- **Debe estar vigente**

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Ejemplo


SALUD CENETEC Unidad de Análisis Económico

Ciudad de México, a 09 de diciembre de 2022

Dictamen de Validación de Equipo Médico No. DV-(

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

***Programa de**

Vigencia hasta el 31 de julio de 2024

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.

[1] Tipo de cambio de $20.51 pesos por dólar, publicado en el DOF el 28 de julio del presente.

2022 Ricardo Flores Magón

Vigente

5. CDNEM, DVEM o DVTTT

VIII. Dictamen de Validación Técnico de Telemedicina -Telesalud (DVTTT)

- **Debe estar vigente**

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

SALUD | CENETEC — Unidad de Análisis Económico

Ejemplo

Ciudad de México, a 17 de julio de 2023

[redacted]

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 2024

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

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

VI. Propuesta de tiempo considerado para que se lleve a cabo el programa/proyecto desde el inicio hasta su conclusión.

6b. 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)											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

A t e n t a m e n t e

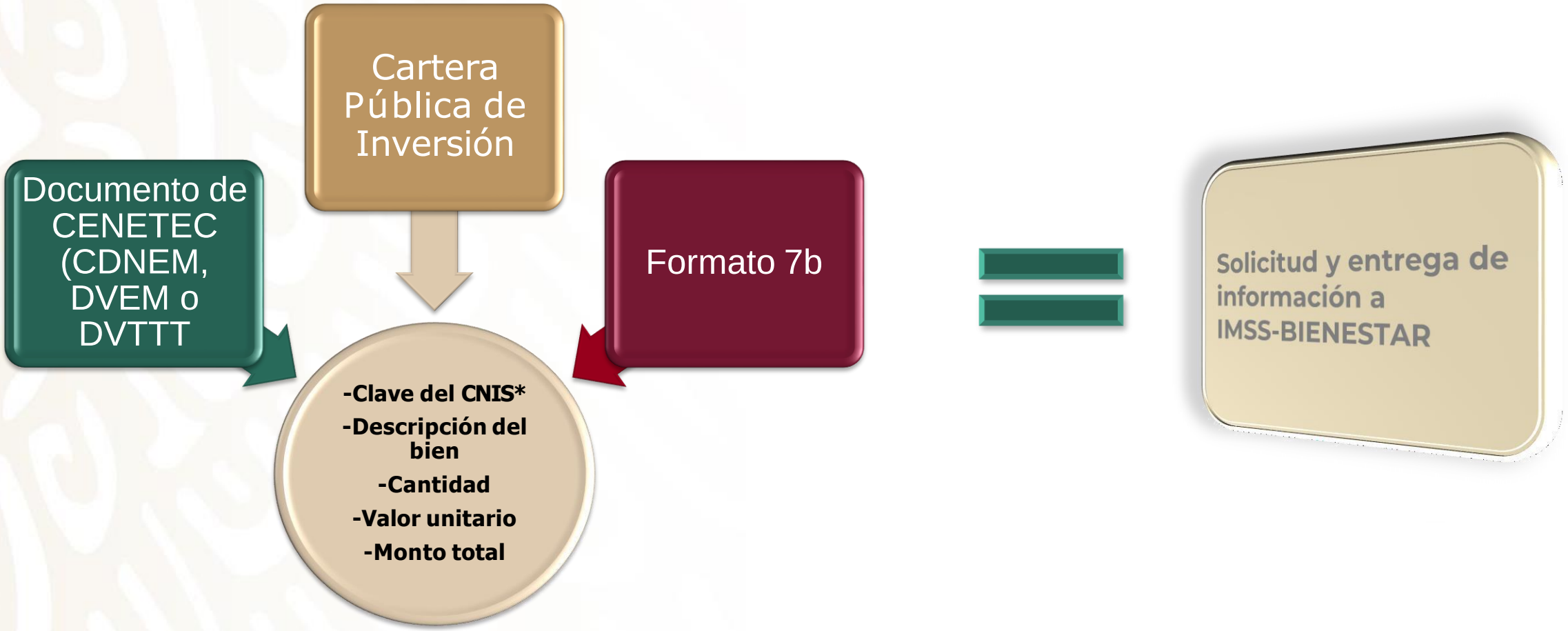
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Datos conforme a 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

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Considerar la trazabilidad de la información



*CNIS: Compendio Nacional de Insumos para la Salud

7. Desglose de montos

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

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

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

I. Contemplen **únicamente la adquisición de mobiliario y/o equipo administrativo**, y

II. Hayan sido ya 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

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Lista de equipamiento médico

7b. Lista de Equipamiento Médico

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	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	*	*	*	INSTRUMENTAL MÉDICO	1	$ 500.45	$ 500.45
2	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	EQUIPO MÉDICO	50	$ 30.50	$ 1,525.00
3	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	MOBILIARIO MÉDICO	*	$ -	$ -
4	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	EQUIPO DE LABORATORIO	*	$ -	$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
*	DV-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
1	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
2	CDN-XXX/XX	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
											Subtotal	**$ 1,525.00**
											IVA 16%	**$ 244.00**
											Monto solicitado	**$ 1,769.00**

A t e n t a m e n t e

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

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

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

7. Desglose de montos

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Verificar la correspondencia

Concepto	Registro en cartera	CDNEM / DVEM / DVTTT	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	531.341.04**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

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Verificar la correspondencia

- Los montos (subtotales, importes, IVA y totales) en el formato 7b, no deberán 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	$2,500.4963	$2,500.50	✗
	$2,500.49	$2,500.49	☺

Todos los montos deben ir truncados a dos decimales

7. Desglose de montos

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Lista de bienes administrativos

7b. Lista de bienes administrativos

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	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	*	*	*	*	*	*	*	*	$ -	$ -
									Subtotal	**$ 500.45**
									IVA 16%	**$ 80.07**
									Total	**$ 580.52**

A t e n t a m e n t e

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Numeración Consecutiva
2. Conforme al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud
3. Clasificador Único de las Contrataciones Públicas CUCoP *
4. Debe corresponder entre formato 7b y Registro en Cartera
5. Colocar número, nombre de FT y tipo de bien asignado por el IMSS-BIENESTAR
6. Datos conforme a Cartera Pública de Inversión, especificar si es programa o proyecto
7. Todos los montos deben ir truncados a dos decimales

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

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

7. Desglose de montos

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Geolocalización

7b. Ubicación

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	*	*	*	*	*	*
*	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

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 dado que será el lugar donde el provedor realice la entrega del bien
3. Datos conforme a Cartera Pública de Inversión, especificar si es programa o proyecto
4. Link que corrobore la dirección de la unidad o unidades médicas

Observaciones

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Tipo de solicitud	Requisitos del Fondo	Observaciones
Obra y Equipamiento	0. Oficio de solicitud de Recursos	Dirigido al Dr. Alejandro Antonio Calderón Alipi, Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, firmado por la Secretaria de Salud de la entidad y por la Coordinación Estatal de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR **Formato "0.Oficio solicitud recursos"** **CF: Impreso, CE: Escaneado (PDF)**
	1. Manifestación por escrito del Titular del Área Solicitante, bajo protesta de decir verdad que la **unidad médica / unidades médicas** señalada con domicilio en el "Formato 7b. Ubicación" se encuentra en propiedad o posesión	Dirigido al Dr. Alejandro Antonio Calderón Alipi, Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, firmado por la Secretaria de Salud de la entidad y por la Coordinación Estatal de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR **Formato "1.Oficio manifestación propiedad" y documentación soporte.** **CF: Impreso, CE: Escaneado (PDF)**
	2. Documento de identificación de unidad médica y tipo de obra/equipamiento	**Formato "2.Identificación unidad médica"** **CF: Impreso, CE: Escaneado (PDF) y editable (Excel)**
	3. Clave en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión	Impresión de la Consulta de PPI en cartera, donde se observe el día de la consulta **CF: Impreso, CE: PDF** **CE: Consulta de PPI en cartera (PDF), y todos los documentos que se encuentran en registro en cartera**

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

Observaciones

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

Tipo de solicitud	Requisitos del Fondo	Observaciones
Obra	4. Documentos en caso de obra	NO APLICA EN EQUIPAMIENTO
Equipamiento	5. Documentos en caso de equipamiento	
	5a. CDNEM	**CF: Impreso, CE: PDF**
	5b. DVEM	**CF: Impreso, CE: PDF**
	5c. DVTTT	**CF: Impreso, CE: PDF**
Obra y Equipamiento	6. Anteproyecto de calendario de ejecución	
Obra	6a. Calendario de ejecución obra	NO APLICA EN EQUIPAMIENTO
Equipamiento	6b. Calendario de ejecución equipo	**Formato "6b Anteproyecto equipo"** **CF: Impreso, CE: PDF y editable (Excel)**
Obra y Equipamiento	7. Monto de apoyo solicitado (Documento soporte desglosando los gastos a realizarse)	
Obra	7a. Solicitud de recursos de obra	NO APLICA EN EQUIPAMIENTO
Equipamiento	7b. Solicitud de recursos de equipo	**Formato "7b. Desglose monto equipamiento"** **CF: Impreso, CE: PDF y editable (Excel)**
Obra y Equipamiento	8. Otros documentos	NO APLICA EN EQUIPAMIENTO

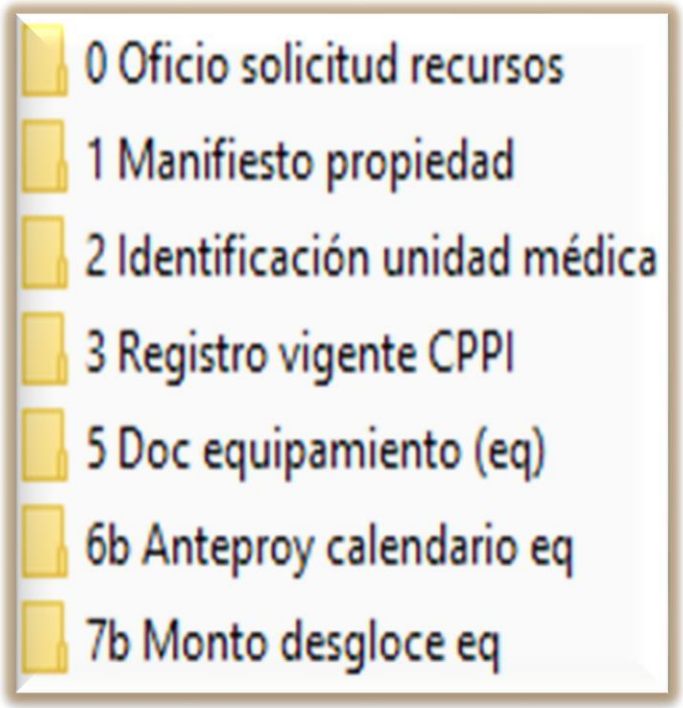
Nota: Carpeta física (CF) y electrónica (CE)

Observaciones

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

- Nombre de la carpeta:"XXXXXX_Nom Entidad"
  - XXXXXXX =Clave en Registro en Cartera
  - Nom Entidad =Nombre de la Entidad
- Integrar los formatos en su carpeta correspondiente
- El renombre de los archivos no sea extenso
- Documentación escaneada legible

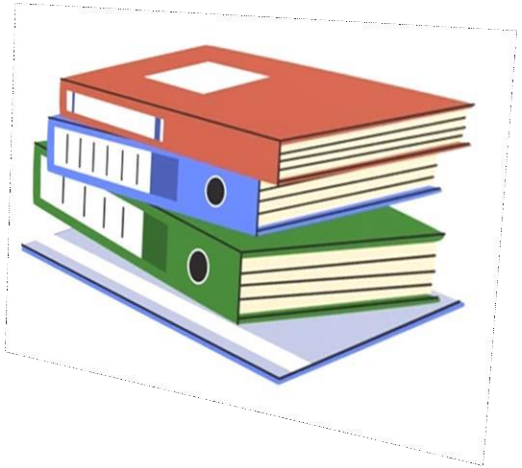


Observaciones

SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

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

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



En caso de requerir mayor información sobre la integración de la documentación, así como, la solicitud de formatos de 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)5090 3600,Ext.:57217

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR

GRACIAS