**Anexo 1 Técnico Para la partida 1 y 2**

**Introducción:**

Los Programas de trabajo del PSIA Componente de Vigilancia Epidemiológica de Plagas y Enfermedades Fitozoosanitarias del Incentivo de Vigilancia Epidemiológica de Riesgos Zoosanitarios, Componente Campañas Fitozoosanitarias del Incentivo Prevención y Control de Enfermedades Acuícolas y componente de Inocuidad Agroalimentaria, Acuícola y Pesquera del incentivo de Sistemas de Reducción de Riesgos de Contaminación en la Producción y Procesamiento Primario de Productos Agrícolas, Pecuarios, Acuícolas y Pesqueros ejecutados por el COSAES, comprenden la atención a todas las UPA´s en el Estado de Sonora. El territorio comprende un litoral de 1,207 Km, además de las UPA´s de Peces ubicadas en la Sierra media y alta del Estado.

Los requisitos por cubrir dependiendo del servicio a contratar, serán los siguientes:

**“Análisis de PCR En Moluscos Para Detección de Marteilia Refrigens, Herpes Virus y Perkinsus Marinus.”**

**Descripción del servicio:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **Concepto** | **Unidad de medida** | **Cantidad mínimo (40/100)** | **Cantidad máximo (100/100)** |
| 1 | “UPA PCR BACTERIAS”  *Perkinsus Marinus y Marteilia Refrigens* | Diagnóstico | 125 | 312 |
| 1 | “ZP PCR BACTERIAS”  *Perkinsus Marinus y Marteilia Refrigens* | Diagnóstico | 72 | 180 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **Concepto** | **Unidad de medida** | **Cantidad mínimo (40/100)** | **Cantidad máximo (100/100)** |
| 2 | “ZP PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico | 36 | 90 |
| 2 | “UPA PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico | 132 | 330 |
| 2 | “IB PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico | 14 | 36 |

**Especificaciones Técnicas:**

a. El laboratorio deberá estar Aprobado por el SENASICA y Acreditado ante la EMA de forma vigente durante todo el ejercicio 2025, en las pruebas o diagnósticos de Perkinsus Marinus y Marteilia Refrigens, y Acreditado ante la EMA de forma vigente durante el ejercicio 2025, en la prueba diagnóstica de Herpes virus del Ostión conforme a las presentes bases.

b. Deberán cumplir con las características precisas solicitadas tales como la acreditación por la EMA (Entidad Mexicana de Acreditación A.C.)

c. Deberá presentar exclusivamente los documentos vigentes de las técnicas acreditadas por el período del ejercicio fiscal 2025 de la acreditación y aprobación.

d. El laboratorio deberá demostrar la capacidad de recibir continuamente las muestras para su análisis.

e. El laboratorio de diagnóstico deberá reportar los resultados en 48 horas en formato electrónico y originales por mensajería máximo en 7 días a partir de la recepción de las muestras.

f. El laboratorio de diagnóstico deberá presentar documentos de prueba de facturar el servicio de diagnóstico máximo 7 días después de entregados los resultados del diagnóstico.

g. Los análisis de diagnóstico deberán de ser realizados y firmados exclusivamente por el personal signatario responsable acreditado ante la EMA.

h. El personal técnico signatario deberá tener una carrera profesional afín a la acuacultura con título y cédula profesional.

i. El laboratorio de diagnóstico deberá tener disponibilidad de atender reuniones presenciales o a distancia para soporte técnico cada mes.

j. El laboratorio de diagnóstico deberá subir sus formatos de resultados al sistema del Contratante a más tardar tres días de haberlos obtenido.

**Tipo de contrato:** Abierto de conformidad al lineamiento TRIGÉSIMO NOVENO, Fracción II, inciso c).

**Vigencia del contrato:** al 31 de diciembre de 2025, o hasta haberse agotado el cumplimiento de todas y cada una de las cláusulas que en él se contienen.

**Garantía de cumplimiento:** El proveedor adjudicado deberá presentar garantía de cumplimiento (Fianza, cheque de caja, cheque certificado) equivalente al 10% del monto total del contrato a más tardar diez días naturales siguientes a la firma del contrato. En caso de que la totalidad de la prestación de los servicios se realicen dentro del citado plazo esta podrá ser omitida.

**Garantía de vicios ocultos:**

El proveedor adjudicado deberá presentar garantía de vicios ocultos (Fianza, cheque de caja, cheque certificado) equivalente al 10% del monto total del contrato, quedando obligado a responder por los defectos y vicios ocultos de la calidad de los servicios, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubieren incurrido.

**Lugares y Fecha de entrega:** Calle Chihuahua #124 sur, Col. Centro, C.P. 85000 Ciudad Obregón, Sonora, a partir de Martes 25 de Juniodel 2025, en un horario de 08:00 a 15:00 horas. La entrega deberá realizarse máximo 7 días hábiles posteriores a la Notificación de fallo al proveedor adjudicado.

**Condiciones de pago:**

**El pago:** el pago se hará una vez recibidos los resultados de los diagnósticos y presentada la facturación.

**Tipo de moneda:** Moneda Nacional M.N., Pesos Mexicanos MXN.

**Forma de pago:** Transferencia bancaria electrónica.

**Condiciones de entrega de los servicios:**

El proveedor adjudicado deberá de proporcionar a la convocante, un entregable donde conste la prestación de los servicios, los cuales deberán de ser firmados y sellada por el administrador del contrato.

**Administrador del contrato:**

Para la validación de los servicios, se ha designado al:

C. MVZ. Baltazar Chávez Domínguez, puesto Gerente.

Sin menoscabo de lo anterior, el titular de la Representación Estatal Fitozoosanitaria y de Inocuidad Agropecuaria y Acuícola del SENASICA o quien este designe, podrá verificar que estas se realicen en apego al presente Anexo 1 Técnico.

**Penas convencionales y deductivas:**

Las penas convencionales por atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas de entrega se aplicarán al "Proveedor adjudicado", serán de acuerdo con lo establecido en lineamiento Cuadragésimo Segundo de los

LTEOC, en los siguientes términos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penalizaciones** 48 | | |
| **N.P.** | **Concepto** | **Porcentaje de pena convencional** |
| 1 y 2 | Si no cumple con el inicio de los servicios de conformidad con el Anexo 1 Técnico | Se aplicará una penalización del 2% sobre el monto total de la facturación en que haya ocurrido el incidente, por cada día natural de atraso que subsista el incumplimiento. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deductiva** 48 | | |
| **N.P.** | **Concepto** | **Porcentaje de deductiva** |
| 1 y 2 | Por la prestación del servicio de forma deficiente. | Se aplicará una deductiva del 1% sobre el monto individual del  servicio en que haya ocurrido el incidente, por cada día natural de atraso que subsista el incumplimiento. |

**Anexo 2 Económico Para la partida 1 y 2**

Lugar Ciudad Obregón, Sonora, a\_\_de Junio de 2025.

**(Fecha de firma de presentación de propuestas)**

Instancia Ejecutora **Comité de Sanidad Acuícola del Estado de Sonora A.C.**

Invitación a cuando menos Tres Personas No. **CSA/002/2025**, para la contratación del “ANÁLISIS DE PCR EN MOLUSCOS PARA DETECCIÓN DE MARTEILIA REFRIGENS, HERPES VIRUS Y PERKINSUS MARINUS”

Nombre del proveedor del servicio: .

Registro federal de contribuyentes: . Domicilio: . Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: .

, en mi nombre y representación me permito presentar la siguiente propuesta económica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de partida** | **Descripción** | **Unidad de medida** | **Costo unitario** | **Cantidad mínima**  **(40/100)** | **Subtotal mínimo** | **Cantidad máxima**  **(100/100)** | **Subtotal máximo** |
| 1 | “UPA PCR BACTERIAS”  *Perkinsus Marinus y Marteilia Refrigens* | Diagnóstico |  | 125 |  | 312 |  |
| 1 | “ZP PCR BACTERIAS”  *Perkinsus Marinus y Marteilia Refrigens* | Diagnóstico |  | 72 |  | 180 |  |
| 2 | “ZP PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico |  | 36 |  | 90 |  |
| 2 | “UPA PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico |  | 132 |  | 330 |  |
| 2 | “IB PCR VIRUS”  *Herpes Virus* | Diagnóstico |  | 14 |  | 36 |  |
|  | | | **Subtotal** |  |  |  |  |
| **Impuestos** |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

Importe mínimo total con letra (pesos 00/100 M.X.N.) despues de la aplicación del impuesto.

Importe máximo total con letra (pesos 00/100 M.X.N.) después de la aplicación del impuesto.

 Que los precios de su oferta serán fijos y firmes hasta la recepción total de los servicios.

 De ser el caso, el participante deberá manifestar por escrito los descuentos que esté en posibilidad de otorgar a la institución.

 Vigencia de la propuesta 30 días hábiles.

 Los precios son vigentes en el momento de la apertura de las propuestas y firmes e incondicionados, durante la vigencia del contrato.

**Atentamente**

**Nombre y firma del representante legal o de la representante legal de la empresa**

**FORMATO 1**

**CARTA DE ESTATUTOS**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad que los estatutos que presento son los que rigen actualmente la empresa que represento.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 2**

**CARTA DE NO REVOCACIÓN DE PODERES**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad que el poder que exhibo no me ha sido revocado ni limitado en forma alguna.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 3**

**CARTA DE NO INHABILITACIÓN O SUSPENSIÓN**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad que, mi representada no se encuentra en los supuestos que se establecen en el punto 2.2.1 Primer sobre: Documentación Legal y administrativa, inciso C) Para personas físicas y morales, fracción II, numeral 1, de las bases del procedimiento, asimismo, no se encuentra inhabilitada o suspendida para proveer bienes o servicios a la federación o a cualquier otra entidad federativa.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 4**

**CARTA DE CONFORMIDAD**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad que conozco en su integridad y manifiesto mi conformidad de cada uno de los puntos y requisitos establecidos en las bases y junta de aclaraciones del procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 5**

**CARTA COMPROMISO PARA RESPONDER POR FALLA O DEFECTO (DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025 yo (nombre completo) me obligo a responder por cualquier falla o defecto que presente el bien o servicio, así como alguna responsabilidad en que se hubiere incurrido, en los términos señalados en el contrato respectivo y en el Código Civil Federal.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 6**

**CARTA GARANTÍA DE CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES (DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) garantizo que me apego a las características y especificaciones técnicas establecidas en las presentes bases conforme a su propuesta cumpliendo con la normatividad aplicable.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 7**

**CARTA GARANTÍA DE ENTREGA**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) garantizo que la entrega del bien o ejecución del servicio se realizará en estricto apego a las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 8**

**CARTA DE DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad que, me abstengo de adoptar conductas, para que la convocante, induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 9**

**CARTA DE CONFIDENCIALIDAD**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) declaro bajo protesta de decir verdad, manifiesto que me obligo a no divulgar ni utilizar la información identificada como confidencial o que conozca durante la vigencia del contrato, comprometiéndome solo a difundir aquella información que, en su caso, indique **la Instancia Ejecutora** a través del Administrador del contrato, garantizando la confidencialidad de la información que reciba, registre o genere, derivado de la puesta en operación del procedimiento en el que participo, y me obligo a participar bajo las más estrictas reglas de confidencialidad y secreto profesional. En este sentido cualquier documentación o información que conserve como parte de mis archivos a la conclusión de ejecución del contrato, pasará a ser propiedad de la Instancia Ejecutora.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 10**

**CARTA DE CARÁCTER DE MIPYMES**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo); bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la empresa que representó cuenta con el carácter de MIPYME bajo la estratificación de: .

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 11**

**CARTA DE FACULTADES**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo), en cumplimiento con lo que establece; bajo protesta de decir verdad manifiesto que el que suscribe la presente, cuenta con facultades suficientes para comprometerme a nombre de mi representada , para intervenir en el Acto de presentación y apertura de propuestas para esta convocatoria.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 12**

**CARTA COMPROMISO DE ENTREGA DE FIANZA**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo) me comprometo a presentar fianza por el equivalente al 10% del monto total de la propuesta, en caso de resultar adjudicado, misma que se me devolverá, una vez que presente la fianza para responder de los defectos y vicios ocultos, así como de cualquier otra responsabilidad en que pudiese incurrir.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 13**

**CARTA DE CONFLICTO DE INTERÉS**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025 , yo (nombre completo), manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada y/o socio(a) o asociado(a) no se encuentran en el supuesto de Conflicto de interés para participar en el procedimiento de contratación.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA**

**FORMATO 14**

**CARTA DE NACIONALIDAD**

**(DEBERÁ REQUISITARSE EN PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA)**

Lugar, Ciudad Obregón, Sonora a \_\_de Junio del 2025.

**C. PROFR. MIGUEL ÁNGEL CASTRO COSÍO**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SANIDAD ACUÍCOLA DEL ESTADO DE SONORA A.C.**

**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, en relación al procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas No. CSA/002/2025, yo (nombre completo), manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada es de nacionalidad mexicana y que los bienes que oferta y entregará, serán producidos en México o cuenten, por lo menos, con un cincuenta por ciento de contenido nacional, el que se determinará tomando en cuenta la mano de obra, insumos de los bienes y demás aspectos que determine la Secretaría de Economía mediante reglas de carácter general.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA**

**O DEL REPRESENTANTE LEGAL**