



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología
Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
Dirección Administrativa
Departamento de Abastecimiento
Oficina de Adquisiciones



Fecha: 29 de abril de 2025
Asunto: Solicitud de Información

Estimados proveedores

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", como dependencia del Gobierno Federal, requiere para sus actividades de la contratación del **Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a Equipos Médicos (partidas desiertas)**, mismas que se encuentran reguladas por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su Reglamento, obtener información para contratar bajo las mejores condiciones disponibles para el Estado.

En este sentido y en términos de lo previsto en el artículo 2 fracciones X de la LAASSP, su representada ha sido identificada por este ente público, como un posible prestador de servicio y/o proveedor.

Por lo antes mencionado y con el objeto de conocer: a).- la existencia bienes, arrendamientos o servicios a requerir en las condiciones que se indican; b).- posibles proveedores a nivel nacional o internacional, y c).- el precio estimado de lo requerido, nos permitimos solicitar su valioso apoyo a efecto de proporcionarnos la información de los servicios descritos en la documental anexa.

Dicha información se requiere que la remita en documento de la empresa, debidamente firmada por persona facultada, a las siguientes direcciones: noel.cruz@imss.gob.mx; milton.sanchez@imss.gob.mx; david.soriano@imss.gob.mx; adquisiciones.onco@gmail.com; y que sea dirigida a nombre del Lic. Noel Cruz Sánchez, Jefe del Departamento de Abastecimiento.

Mucho agradeceré que en su respuesta se incluya: Lugar y fecha de información y vigencia de la misma.

La fecha límite para presentar la información es el **2 de mayo de 2025 a las 10:00 horas**.

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, la Unidad Médica de Alta Especialidad, al amparo de lo previsto en el artículo 26 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, definirá el procedimiento a seguir para la contratación, el cual podrá ser: **"Adjudicación Directa"**.


Lic. Milton de Jesús Sánchez Avelar
Encargado de la Oficina de Adquisiciones



2025
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06720, Ciudad de México Tel. 55 56 27 69 00, Ext. 22649.



Para formular su información, se deberá considerar los siguientes aspectos:

1.- Requerimiento:

Partida	Clave CUCoP+	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad
1	35401-0003	Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a equipos de oftalmología	Servicio	18
2	35401-0003	Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a Colposcopios	Servicio	6
3	35401-0003	Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a Ultrasonido Endoscópico	Servicio	2
4	35401-0003	Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a Equipos de Rayos X con Fluoroscopia	Servicio	4
5	35401-0003	Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a Dermatmos, marca Integra Padgett, modelo S.	Servicio	10

Se adjuntan Anexo Técnico y Términos y Condiciones.

Aspectos Generales

1. Deberá presentar Acreditación Jurídica (**Formatos 1**).
2. Acta Constitutiva de la empresa o en su defecto Acta de Nacimiento para persona física.
3. Estratificación a la cual pertenece (**Formato 2**).
4. Escrito de dirección de correo electrónico del participante (**Formato 3**).
5. Escrito de domicilio para oír y recibir notificaciones del participante (**Formato 4**).
6. Manifiesto en el que afirmen o nieguen los vínculos o relaciones de negocios con el o los servidores públicos.
7. Declaración de Integridad (**Formato 5**).
8. Declaración de no colusión. Comisión federal de competencia económica. (**Formato 6**).
9. Opiniones positivas de cumplimiento de obligaciones fiscales (SAT), en materia de seguridad social (IMSS) y de pago de aportaciones patronales (INFONAVIT).
10. Autorización para consultar su opinión de cumplimiento (32-D) ante el IMSS (**Formato 7**).
11. Escrito de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 de la LAASSP (**Formato 8**).
12. Propuesta Económica en archivo editable y Pdf (**Formato 9**).
13. Propuesta Técnica.

Periodo de contratación: **A partir del día siguiente a la asignación y hasta el 31 de diciembre de 2025.**

Condiciones de precio:

Los participantes deberán cotizar el servicio a precios fijos durante la vigencia del contrato, debiendo señalar el precio total de los servicios ofertados.





Causas de Desechamiento:

Se desecharán las proposiciones de los PARTICIPANTES que incurran en uno o varios de los siguientes supuestos:

- a) Que no cumplan con alguno de los requisitos establecidos en esta convocatoria, que con motivo de dicho incumplimiento se afecte la solvencia de la proposición.
- b) Cuando se compruebe que tienen acuerdo con otros PARTICIPANTES para elevar el costo del servicio solicitado o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás PARTICIPANTES.
- c) Cuando incurran en cualquier violación a las disposiciones de la LAASSP, a su Reglamento o a cualquier otro ordenamiento legal o normativo vinculado con este procedimiento.
- d) Cuando no coticen la totalidad de los bienes requeridos (por partida).
- e) Cuando no presente uno o más de los escritos o manifiestos solicitados con carácter de "bajo protesta de decir verdad", solicitados en las presentes bases u omita la leyenda requerida".
- f) Cuando las opiniones de cumplimientos se encuentren NEGATIVAS O NO VIGENTES.
- g) En las proposiciones enviadas a través de medios remotos de comunicación electrónica, en sustitución de la firma autógrafa, se emplearán los medios de identificación electrónica que establezca la SABG.
- h) Se desecha la proposición si el PARTICIPANTE se encuentra en el Directorio de Proveedores y Contratistas sancionados con el impedimento de presentar proposiciones, de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno <https://comprasmx.buengobierno.gob.mx/>

NOTA: El cumplimiento de opinión del IMSS debe ser Positivo al día de subir su propuesta, posteriormente entregará el cumplimiento de opinión vigente el día de la adjudicación.





Formato 1. Acreditamiento de personalidad jurídica y datos de notificación
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____ (nombre) _____, manifiesto **Bajo Protesta a Decir Verdad**, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido verificados; así como que cuento con facultades suficientes para **comprometerme y suscribir** la proposición en la presente Licitación Pública, y en su caso firma del contrato a nombre y representación de: (persona física o moral).

No. de Evento en portal de Compras MX _____.

Del PARTICIPANTE	Registro Federal de Contribuyentes: Nombre: Domicilio: (Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor) calle y número: Colonia: Demarcación Territorial: Código postal: Entidad Federativa: Correo electrónico para recibir notificaciones: Teléfono: Fax: Datos para el Pago Electrónico Interbancario; (Nombre del Banco, Clabe Interbancaria, Nombre de Titular de la Cuenta): Correo electrónico (de la empresa participante): No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva: Fecha Duración: Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma: Nombre de los socios o asociados: Descripción del objeto social: Reformas al acta constitutiva: Inscripción en el Registro Público de Comercio: Número: Folio Mercantil: Fecha:
Del Representante	Nombre: R.F.C. Domicilio: Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades: Escritura pública número: Fecha: Nombre, número y lugar del notario público ante el cual se otorgó:

Asimismo, manifiesto que el domicilio señalado es el lugar donde recibiré toda clase de notificaciones que resulten del contrato y convenios que celebren, los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito, deberán ser comunicados, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen. Adicionalmente acepto que las notificaciones se realizarán de acuerdo a las establecidas en los artículos 35 y 36 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

(Lugar y fecha)
Protesto lo necesario
(Nombre y firma del representante legal)





Formato 2. Estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPyMES)
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____ de _____ de _____ (1)

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Oncología CMN SXXI
Presente

Me refiero al procedimiento de _____(2)_____ No. _____(3)_____ en el que mi representada, la empresa _____(4)_____, participa a través de la presente proposición.

Al respecto y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que mi representada está constituida conforme a las leyes mexicanas, con Registro Federal de Contribuyentes _____(5)_____, y asimismo que considerando los criterios (sector, número total de trabajadores y ventas anuales) establecidos en el Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, mi representada tiene un Tope Máximo Combinado de _____(6)_____, con base en lo cual se estratifica como una empresa _____(7)_____.

De igual forma, declaro que la presente manifestación la hago teniendo pleno conocimiento de que la omisión, simulación o presentación de información falsa, son infracciones previstas por los artículos 4 fracción, 69, 70 y 81 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones aplicables.

_____ (8) _____





(Instructivo de llenado del Formato 2.)

Llenar los campos conforme aplique tomando en cuenta los rangos previstos en el Acuerdo antes mencionado.

1. Señalar la fecha de suscripción del documento.
2. Precisar el procedimiento de contratación de que se trate (licitación pública o invitación a cuando menos tres personas).
3. Indicar el número de procedimiento de contratación asignado por CompraNet.
4. Anotar el nombre, razón social o denominación del PARTICIPANTE.
5. Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del PARTICIPANTE.
6. Señalar el número que resulte de la aplicación de la expresión: $\text{Tope Máximo Combinado} = (\text{Trabajadores}) \times 10\% + (\text{Ventas anuales en millones de pesos}) \times 90\%$. Para tales efectos puede utilizar la calculadora MIPYME disponible en la página <http://www.comprasdegobierno.gob.mx/calculadora>
Para el concepto "Trabajadores", utilizar el total de los trabajadores con los que cuenta la empresa a la fecha de la emisión de la manifestación.
Para el concepto "ventas anuales", utilizar los datos conforme al reporte de su ejercicio fiscal correspondiente a la última declaración anual de impuestos federales, expresados en millones de pesos.
7. Señalar el tamaño de la empresa (Micro, Pequeña o Mediana), conforme al resultado de la operación señalada en el numeral anterior.
8. Anotar el nombre y firma del apoderado o representante legal del PARTICIPANTE.





Formato 3. Escrito de dirección de correo electrónico del participante
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____, a ____ de _____ del 20__.

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología
Dirección Administrativa
Departamento de Abastecimiento
Presente.**

El (la) C. _____ (NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) _____, en su carácter de representante legal de la empresa _____ (NOMBRE DEL PARTICIPANTE) _____, personalidad que acredita mediante la escritura pública No. _____ (NUMERO DE INSTRUMENTO) _____, de fecha ____ (DÍA) ____ de ____ (MES) ____ de ____ (AÑO) __, protocolizada por el Notario Público/Corredor Público _____ (NOMBRE DE LA PERSONA QUE EMITE EL INSTRUMENTO) _____ Titular de la Notaría No. ____ (NÚMERO DE NOTARIA/CORREDURÍA) ____ de ____ (UBICACIÓN DE NOTARIA/CORREDURÍA) _____, autorizo expresamente al Instituto Mexicano del Seguro Social que mediante las áreas correspondientes realice toda clase de notificaciones a mi representada a través de medios de comunicación electrónica respecto de la Adjudicación Directa Nacional No. _____, para la contratación del _____, específicamente a los correos electrónicos _____ y _____.

Lo anterior, se realiza de conformidad con el artículo 35, fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, de manera supletoria al artículo 11 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Atentamente

(Nombre y firma del representante legal/persona facultada)

Representante legal de _____ (NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA) _____

Nota: En caso de que el PARTICIPANTE sea persona física, adecuar el formato.





Formato 4. Escrito de domicilio para oír y recibir notificaciones del participante
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____, a ____ de _____ del 20__.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología
Dirección Administrativa
Departamento de Abastecimiento
Presente.

El (la) C. _____ (NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL) _____, en su carácter de representante legal de la empresa ____ (NOMBRE DEL PARTICIPANTE) _____, personalidad que acredita mediante la escritura pública No. ____ (NUMERO DE INSTRUMENTO) _____, de fecha ____ (DÍA) ____ de ____ (MES) ____ de ____ (AÑO) __, protocolizada por el Notario Público/Corredor Público _____ (NOMBRE DE LA PERSONA QUE EMITE EL INSTRUMENTO) _____ Titular de la Notaría No. ____ (NÚMERO DE NOTARIA/CORREDURÍA) _____ de ____ (UBICACIÓN DE NOTARIA/CORREDURÍA) _____, **autorizó expresamente al Instituto Mexicano del Seguro Social que mediante las áreas correspondientes realice toda clase de notificaciones a mi representada en el (los) domicilio(s)** ubicados en calle _____, número _____, colonia _____ código postal _____, municipio _____, estado _____ respecto de la Licitación Pública Nacional No. _____, para la contratación del _____.

En consecuencia, manifiesto que el (los) domicilio(s) señalado(s) es (son) el lugar donde recibiré toda clase de notificaciones que resulten del contrato y convenios que celebren, los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito, deberán ser comunicados, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

Adicionalmente acepto que las notificaciones se realizarán de acuerdo a las establecidas en los artículos 35 y 36 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Atentamente

(Nombre y firma del representante legal/persona facultada)
Representante legal de _____ (NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA) _____

Nota: En caso de que el PARTICIPANTE sea persona física, adecuar el formato.





Formato 5. Declaración de integridad
(CARTA EN PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL PARTICIPANTE)

_____, ____ de _____ de _____

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología
Dirección Administrativa
Departamento de Abastecimiento
Presente.

En cumplimiento a lo ordenado por los artículos 29 fracción IX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, fracción VI, inciso f y penúltimo párrafo del 39 de su Reglamento; y para efectos de presentar proposición y en su caso poder celebrar el contrato respectivo con este Instituto en relación a la Licitación Pública: _____

- Me permito manifestar BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la empresa que represento se abstendrá por sí misma o a través de interpósita persona, de adoptar conductas para que los servidores públicos, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes; asimismo que dicha empresa por sí misma o por interpósita persona, se abstendrá de llevar a cabo cualquier acto que implique trasgresión a las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento; así como a lo dispuesto en general por la Ley Federal de Competencia Económica.

(EN CASO DE SER PERSONA FÍSICA, DEBERÁ SUSTITUIR EL PÁRRAFO ANTERIOR POR LO SIGUIENTE: "Me permito manifestar BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que me abstendré por sí mismo o a través de interpósita persona, de adoptar conductas que induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que le otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes; asimismo me abstendré por sí mismo o por interpósita persona, de llevar a cabo cualquier acto que implique trasgresión a las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento; así como a lo dispuesto en general por la Ley Federal de Competencia Económica.") EN CASO DE NO SER PERSONA FÍSICA PODRÁ ELIMINAR ESTE PÁRRAFO.

- Me permito manifestar que mi representada, así como el(los) producto(s) que oferto no se encuentran sancionados por la SSA y COFEPRIS.
- Me permito manifestar que mi representada se obliga, en caso de resultar adjudicada, a liberar al IMSS de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional.

(NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FACULTADA)
(NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PARTICIPANTE)

Nota: En caso de que el PARTICIPANTE sea persona física, adecuar el formato





Formato 6. Declaración de no colusión. Comisión federal de competencia económica
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____ [Nombre del representante o representante común de ser éste el caso], en representación de _____ [Nombre de la persona física o moral] (en adelante, e indistintamente, el "Oferente" o "PARTICIPANTE"), presento la oferta adjunta (en adelante, la "Oferta"):

Para:

_____ [Nombre y Partida/Clave del proceso en que participa]

Convocado por:

_____ [Nombre de la Convocante] (En adelante, la "Autoridad Convocante"),

Vengo a presentar por mí y en representación del Oferente, la siguiente declaración de integridad (en adelante, la "Declaración de No Colusión"):

1. He leído y entiendo los términos de la presente Declaración de No Colusión;
2. Comprendo que la Oferta que se acompaña será desechada si la Declaración de No Colusión no es verídica y no se ajusta al contenido referido;
3. Comprendo que si la Declaración de No Colusión no es verídica me expongo a incurrir personalmente y a comprometer la responsabilidad de mi representada, en ilícitos de carácter civil, penal y administrativo, y en especial de las penas en que incurre quien declara con falsedad ante autoridad distinta a la judicial, en términos del artículo 247 fracción I del Código Penal Federal. Lo anterior, sin perjuicio de las sanciones que en términos de las legislaciones aplicables a este procedimiento se contemplan;
4. Conozco la Ley Federal de Competencia Económica, en particular lo previsto en los artículos 9º y 35 fracciones I, IV, IX y X, así como el artículo 254 bis del Código Penal Federal;
5. Cada persona cuya firma aparece en la Oferta que se acompaña ha sido autorizada por el Oferente para definir los Términos y Condiciones de la Oferta y para firmarla, en su representación;
6. Para los propósitos de la presente Declaración de No Colusión y de la Oferta que se acompaña, entiendo que la palabra "Competidor" comprenderá cualquier persona física o moral, además del Oferente, afiliado o no con el Oferente, que:

(a) Haya presentado o pueda presentar una Oferta en el presente proceso;





(b) Podría potencialmente presentar una Oferta en el mismo proceso;

7. El Oferente declara que (maque con una X uno de los Sigüientes cuadros):

(a) [] se ha presentado a este proceso en forma independiente si mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo, combinación o convenio con Competidor alguno;

(b) [] sí ha entablado consultas, comunicaciones, arreglos, combinaciones, acuerdos o convenios con uno o más competidores respecto de esta Convocatoria. En el documento(s) adjunto(s) declara toda información detallada, incluyendo los nombres de los Competidores y la naturaleza y razones de tales consultas, comunicaciones, acuerdos o convenios. [La información es especialmente relevante cuando la Oferta involucre propuestas conjuntas o esquemas de subcontratación. En este supuesto, se deberán incluir los Términos y Condiciones en que participarán las personas involucradas];

8. En particular y sin limitar la generalidad de los párrafos 7 (a) o 7 (b), no ha habido consulta, comunicación, acuerdo, arreglo, combinación o convenio con Competidor alguno en relación a:

(a) Precios;

(b) Métodos, factores o fórmulas empleadas para la determinación de precios;

(c) La intención o decisión de presentar o no una Oferta; o bien

(d) La presentación de una oferta que no cumple con las especificaciones del presente proceso; a excepción de lo expresamente estipulado en el párrafo 7 (b) anterior;

9. Además, no ha existido consulta, comunicación, acuerdo o convenio con Competidor alguno en cuanto a calidad, cantidad, especificaciones o detalles de envío de los productos o servicios referidos en este proceso, a excepción de lo que expresamente autoriza la Autoridad Convocante o conforme a los hechos relevados en concordancia con el párrafo 7 (b) anterior;

10. Los términos de la Oferta que se adjunta no han sido ni serán revelados por el Oferente, para conocimiento de algún Competidor, en forma directa o indirecta con el objeto o efecto de manipular, fijar, o concentrar precios; manipular, establecer o concertar métodos, factores o fórmulas empleadas para la determinación de precios; afectar o inducir la intención o decisión de presentar o no una Oferta; o bien la presentación de una oferta que no cumple con las especificaciones del presente proceso.

Además, los términos de la oferta que se adjunta no han sido ni serán revelados por el Oferente, para conocimiento de algún Competidor, en forma directa o indirecta con el objeto o efecto de





manipular, fijar, o concertar la calidad, cantidad, especificaciones o detalles de envío de los productos o servicios referidos en este proceso o conforme a lo expuesto en el párrafo 7 (b) anterior.

11. Asimismo, manifiesto que:

- (a) Mi representada [] SI [] NO ha sido investigada o formado parte de un expediente de investigación por la Comisión Federal de Competencia Económica, independientemente del resultado de dicha investigación.
- (b) Mi representada [] SI [] NO ha sido sancionada (independientemente de que la sanción se hubiera controvertido en alguna instancia judicial o extrajudicial y del resultado del recurso que se hubiera interpuesto) por la Comisión Federal de Competencia Económica o por algún tribunal o autoridad competente en la materia, y en términos de lo dispuesto por los Capítulos II o IV del Título VII de la Ley Federal de Competencia Económica.
- (c) Alguno(s) [] Ninguno [] de mis socios, comisarios, consejeros, administradores, directores, gerentes, directivos, ejecutivos, agentes, representantes o apoderados y, en general, personas que incidan en el control efectivo de mi representada ha sido (o se encuentra) inhabilitado por la Comisión Federal de Competencia Económica en términos de la Fracción X del Artículo 127 de la Ley Federal de Competencia Económica, o ha sido sancionado por la Comisión Federal de Competencia Económica o por algún tribunal o autoridad competente en la materia, y en términos de los Capítulos II o IV del Título VII de la Ley Federal de Competencia Económica.

(Nombre y Firma)

(Fecha)





Formato 7. Autorización para consultar su opinión de cumplimiento (32-d) ante el IMSS
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

Ciudad de México, a ___de ___de___

Instituto Mexicano del Seguro Social
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología
Dirección Administrativa
Departamento de Abastecimiento
Presente.

Quien al calce suscribe en mi carácter de (marque solo uno):

- Persona Física
- Representante Legal de Persona Moral
- Persona física, que presenta su propuesta en forma conjunta con las personas físicas y/o morales siguientes: _____.
- Representante Legal de Persona Moral, que presenta su propuesta en forma conjunta con las personas físicas y/o morales siguientes: _____.

Y con relación al procedimiento de contratación número _____ AUTORIZO que los funcionarios adscritos a la División de Contratos puedan acceder mediante los sistemas electrónicos que para tales efectos disponga la Dirección de Incorporación y Recaudación del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la consulta en tiempo real y en línea de opinión de cumplimiento en materia de contribuciones de seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social. Lo anterior, respecto del de la voz, de mi representada y/o mis representadas según corresponda.

En el entendido de que, de existir discrepancia entre la información consultada por los servidores públicos de la División de Contratos y la(s) opinión(es) de cumplimiento presentada(s) por el de la voz al momento de formalizar el instrumento jurídico respectivo, y aplicando el principio *pro homine*, prevalecerá(n) la(s) que favorezca(n) al de la voz, a mi representada y/o mis representadas según corresponda.

Atentamente

(Nombre y firma del Representante Legal)





Formato 8. Escrito de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 de la LAASSP
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

_____, a ____ de _____ del 20__.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Oncología CMN SXXI
Presente

(Nombre de la persona facultada) _____, con las facultades que la empresa denominada _____ me otorga, manifiesto **Bajo Protesta de Decir Verdad** lo siguiente:

Que la empresa, el suscrito, los socios o accionistas y las personas que forman parte de la sociedad y de la propia empresa que represento, no se encuentran en alguno de los supuestos señalados en los artículos 50 y 60 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, lo que manifiesto para los efectos correspondientes con relación a la Adjudicación Directa (NÚMERO).

En el entendido que, de no manifestarme con veracidad, acepto que ello sea causa de rescisión administrativa del contrato celebrado con el IMSS.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FACULTADA

Nota: En caso de que el PARTICIPANTE sea persona física, adecuar el FORMATO.





Formato 9. Propuesta Económica
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL PARTICIPANTE)

Nombre del participante: _____ R.F.C. _____	Fecha de presentación _____
Fabricante _____ Distribuidor _____ Nombre del fabricante _____ Numero de proveedor IMSS _____ Direccion electrónica _____	Plazo de entrega _____ Lugar de entrega _____
Estratificación MIPyME: Micro () Pequeña () Mediana () Grande ()	

Partida	Descripción de la Partida	Presentación	Cantidad	Precio Unitario	Importe
		Servicio			
				Subtotal	
				I.V.A.	
				Total	

Atentamente

Representante Legal

