



Fecha: 30 de marzo de 2026

Asunto: Solicitud de Cotización

Estimada proveeduría:

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

En este sentido y en términos de lo previsto en el artículo 5 fracción VII 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 una cotización del servicio descritos en los documentos anexos.

Dicha cotización se requiere que la remita en documento de la empresa, debidamente firmada por persona facultada, y que sea dirigida a nombre del Lic. David Adair Aragón Cadenas, Encargado del Departamento de Abastecimiento de la UMAE Hospital de Oncología C.M.N. Siglo XXI a través de la Plataforma Digital de Contrataciones Públicas de la Administración Pública Federal denominada Compras MX.

Mucho agradeceré que en su respuesta se incluya: Lugar, fecha de cotización y vigencia de la misma. Para el caso de dudas, comentarios y/o aclaraciones, remitir a los correos: david.aragonc@imss.gob.mx; milton.sanchez@imss.gob.mx; o david.soriano@imss.gob.mx;

"Servicio de fotocopiado y duplicado"

La fecha límite para presentar la cotización es al **1 de abril de 2026 a las 12:00 horas**.

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, la Unidad Médica de Alta Especialidad, al amparo de lo previsto en el artículo 35 Fracción III 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



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

1.- Requerimiento:

Servicio de fotocopiado y duplicado.

Partida	Clave CUCoP+	Descripción	Unidad de medida	Cantidad mínima	Cantidad máxima
1	33602-0009	Servicio de Fotocopiado	Servicio	60,000	150,000
2	33602-0011	Servicio de Duplicado (Impresión)	Servicio	120,000	300,000

Se adjuntan: Anexo Técnico, Términos y Condiciones y formatos requeridos en archivo editable.

Aspectos Generales

1. Deberá presentar Acreditación Jurídica **(Formato 1)**.
2. Acta Constitutiva de la empresa o en su defecto Acta de Nacimiento para persona física.
3. Identificación oficial del representante legal.
4. Estratificación a la cual pertenece, en caso de que el cotizante no se ubique dentro de la estratificación de MIPYME, deberá integrar a su proposición un escrito libre en el cual manifieste el tipo de sector o estratificación al cual pertenezca **(Formato 2)**.
5. Escrito de dirección de correo electrónico del cotizante **(Formato 3)**
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 4)**.
8. Declaración de no colusión Comisión Nacional Antimonopolio. **(Formato 5)**.
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 6)**.
11. Escrito de los supuestos establecidos en los artículos 71 y 90 de la LAASSP **(Formato 7)**.
12. Propuesta Económica en archivo editable y PDF **(Formato 8)**.
13. Propuesta Técnica (Para la evaluación de su propuesta se tiene que considerar todo lo establecido en el Anexo Técnico).

Periodo de contratación: a partir del día natural siguiente de la notificación de asignación al 31 de diciembre de 2026.

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

Causas de desechamiento:



Se desecharán las proposiciones de los COTIZANTES 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 COTIZANTES para elevar el costo de los bienes solicitados o bien, cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás COTIZANTES.
- 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 los servicios requeridos.
- e) Cuando no presenten 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 COTIZANTE se encuentra en el Directorio de Proveedores y Contratistas sancionados con el impedimento de presentar proposiciones, de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno.

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.

Registro de Proveedores para la Integridad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (REPIIMSS)

En referencia a la "Política de Integridad para verificar el debido cumplimiento de los proveedores del Instituto Mexicano del Seguro Social" y al Manual de Operación del Registro de Proveedores para la Integridad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (REPIIMSS)", al respecto, a fin de coadyuvar en la implementación efectiva de la estrategia y mecanismos de comunicación y difusión del REPIIMSS, se informa lo siguiente:

Los proveedores que a partir de la puesta en operación del REPIIMSS, conforme a su programa de implementación, contraigan una obligación contractual con el IMSS, deberán inscribirse al REPIIMSS.

Aquellos proveedores que no estén dentro del REPIIMSS, no estarán impedidos para participar en procedimientos de contratación por parte del Instituto y ofertar sus bienes, arrendamientos y/o servicios, así como participar en investigaciones de mercado, sin embargo, aquellos proveedores que resulten adjudicados deberán integrarse al Registro de Proveedores para la Integridad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (REPIIMSS) en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales posteriores a la formalización del contrato resultante.



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



La información de los proveedores inscritos como aceptados en el REPIIMSS, será una fuente más para la investigación de mercado.

En el caso de evaluaciones por el criterio de puntos o porcentajes dentro de una Licitación Pública o Invitación a cuando menos tres personas, los proveedores inscritos y evaluados favorablemente en el REPIIMSS podrán obtener hasta un punto en el marco de los lineamientos emitidos por la entonces Secretaría de Función Pública (hoy Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno) en la aplicación de este criterio de evaluación.



2026
año de
**Margarita
Maza**

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



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

_____ 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, invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa).
3. Indicar el número de procedimiento de contratación asignado por CompraNet.
4. Anotar el nombre, razón social o denominación del COTIZANTE.
5. Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del COTIZANTE.
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 COTIZANTE.



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

_____, 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 COTIZANTE) _____, 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 No. _____, para la contratación del _____, específicamente a los correos electrónicos _____ y _____.

Así mismo, el número de teléfono directo o con extensión para poder tener una comunicación efectiva relacionada con el pedido y su seguimiento oportuno es el siguiente _____.

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 COTIZANTE sea persona física, adecuar el formato.





Formato 4. Declaración de integridad
(CARTA EN PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL COTIZANTE)

_____, ____ 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.

- 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 cotizantes; 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 cotizantes; 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 COTIZANTE)

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



2026
año de
Margarita
Maza



Formato 5. Declaración de no colusión. Comisión Nacional Antimonopolio
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL COTIZANTE)

_____ [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 "COTIZANTE"), 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 Siguietes 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 Nacional Antimonopolio, 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 Nacional Antimonopolio 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, directorios, 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 Nacional Antimonopolio en términos de la Fracción X del Artículo 127 de la Ley Federal de Competencia Económica, o ha sido sancionado por la Comisión Nacional Antimonopolio 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)





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



Formato 6. Autorización para consultar su opinión de cumplimiento (32-D) ante el IMSS
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL COTIZANTE)

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)



2026
año de
Margarita
Maza

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



Formato 7. Escrito de los supuestos establecidos en los artículos 71 y 90 de la LAASSP
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL COTIZANTE)

_____, 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 71 y 90 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 pedido celebrado con el IMSS.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FACULTADA

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



Formato 8. Propuesta Económica
(PREFERENTEMENTE EN PAPEL MEMBRETADO DEL COTIZANTE)

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

Partida	Clave CUCoP+	Descripción	Unidad	Mínimo	Máximo	Precio Unitario	Importe Mínimo	Importe Máximo
1	33602-0009	Servicio de fotocopiado	Servicio	60,000	150,000			
2	33602-0011	Servicio de Duplicado (Impresión)	Servicio	120,000	300,000			
Subtotal								
IVA								
Total								

Atentamente

Representante Legal