**FORMATO CARTA DE RESPALDO**

*(Nota: en caso de que el Oferente sea titular del registro sanitario que oferta a su propuesta técnica, no será necesario la presentación de este anexo)*

(CARTA EN ORIGINAL, PAPEL MEMBRETADO Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO)

\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**P r e s e n t e.**

El suscrito **(Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, en mi calidad de Representante Legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa **(Nombre o Razón Social del Titular del Registro Sanitario)**, Titular del Registro Sanitario indicado en el recuadro siguiente, manifiesto que mi representada posee la capacidad técnica y suficiente para respaldar por la(s) clave(s) que se detallan a continuación, la propuesta que presenta \_(**Nombre o Razón Social del Licitante -Distribuidor Autorizado-)**, en el evento de licitación **(indicar el número de procedimiento de contratación)**, por las siguientes cantidades o porcentajes:

DETALLAR LAS CLAVES PARA LAS QUE MANIFIESTA SU RESPALDO EN LA PROPUESTA OBJETO DE CONTRATACIÓN

DETALLAR LOS BIENES NECESARIOS PARA SU USO (NO ES NECESARIO PRECISAR LA CLAVE)

**Para el bien objeto de contratación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C L A V E** | | | | | **DESCRIPCIÓN** | **PRESENTACIÓN** | | | **NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO.** | **CANTIDAD MÁXIMA REQUERIDA.** | **CANTIDAD Y O PORCENTAJE QUE RESPALDA.** |
| **GPO** | **GEN** | **ESP** | **DF** | **VR** | **UNI** | **CANT** | **TIPO** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Para los bienes necesarios para su uso.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *No* | *Descripción* | *Nombre del Titular del Registro Sanitario* | *Cantidad* | *Número de Registro Sanitario* | ***Denominación Genérica conforme a Registro Sanitario*** | ***Denominación Distintiva conforme a Registro Sanitario*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Asimismo mi representada se compromete a:

* Garantizar la entrega de insumos durante la vigencia del contrato, por la cantidad o porcentaje que se respalda
* Cumplir con el plazo de garantía de los insumos para la salud, en el caso de los bienes necesarios para su uso, indicar la compatibilidad con los bienes objeto de contratación.
* Poner a la vista las especificaciones técnicas de calidad, métodos de pruebas, sustancias de referencia y los estudios de estabilidad acelerada y a largo plazo, así como la validación de métodos de prueba de los insumos que oferta, en el momento que se le requiera.
* Manifestando que los bienes terapéuticos ofertados, así como los bienes necesarios para su uso cumplen con lo establecido en el anexo 2 anexo técnico.
* Garantizar la gestión de pruebas por parte de la un laboratorio acreditado por la entidad correspondiente o tercero autorizado por la COFEPRIS, en el momento que se requiera.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA**

**DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TITULAR**

**DEL REGISTRO SANITARIO**