**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020**

**ANEXO A.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

EL QUE SUSCRIBE XXXXXXXXXXXXXXX EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA NO SE ENCUENTRA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS A QUE HACE REFERENCIA LOS ARTÍCULOS 86 Y 103 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO B.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

POR ESTE CONDUCTO, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD CONTAR CON DOMICILIO, CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA, PARA RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN EN SU CASO DEL CONTRATO RESULTANTE DE LA PRESENTE LICITACIÓN, ASÍ COMO CORREO ELECTRÓNICO.

DOMICILIO EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO FISCAL:

R.F.C.:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO C.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

EL QUE SUSCRIBE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN EL PAGO DE TODAS SUS OBLIGACIONES FISCALES DE CARÁCTER FEDERAL, ESTATAL Y MUNICIPAL.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO D.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

EL QUE SUSCRIBE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA A LA FECHA DE LA PRESENTE LICITACIÓN SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES OBRERO-PATRONALES ANTE EL IMSS E INFONAVIT, LIBERANDO DESDE ESTE MOMENTO AL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES DE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD DE TIPO LABORAL, CIVIL, PENAL Y/O ADMINISTRATIVA QUE SE GENERE CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DE LA PRESENTE LICITACIÓN.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO E.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

EL QUE SUSCRIBE XXXXXXXXXXXXXXXX EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE XXXXXXXXXXXXXXXXX POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE A MI REPRESENTADA NO SE ENCUENTRA IMPEDIDA POR DISPOSICIÓN LEGAL O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE PARA PARTICIPAR EN EL PRESENTE PROCESO LICITATORIO Y QUE CUENTA CON FACULTADES SUFICIENTES PARA COMPROMETERSE POR SÍ O POR SU REPRESENTADA.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO F.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

**DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD**

EL QUE SUSCRIBE XXXXXXXXXXXXXXXX EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE XXXXXXXXXXXXXXXXX POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE MI REPRESENTADA SE ABSTENDRÁ POR SÍ, POR CONDUCTO DE SUS REPRESENTANTES O A TRAVÉS DE INTERPÓSITA PERSONA, DE ADOPTAR CONDUCTAS PARA QUE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL COMITÉ O DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES, INDUZCAN O ALTEREN LAS EVALUACIONES DE LAS PROPOSICIONES, EL RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO U OTROS ASPECTOS QUE LE PUEDAN OTORGAR CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS CON RELACIÓN A LOS DEMÁS PARTICIPANTES.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y DE SERVICIOS DEL IMPE.**

**PRESENTE.**

**PARTIDA UNICA.** CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SUMINISTRO DE OXÍGENO, GASES MEDICINALES, QUE INCLUYE EL ARRENDAIENTO DE LOS EQUIPOS CONCENTRADORES, TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MEDIANTE EL USO DE EQUIPOS CPAP (TRATAMIENTOS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DE MODERADA A GRAVE) Y BPAP (SISTEMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA UTILIZADO COMO SOPORTE RESPIRATORIO TEMPORAL EN PACIENTES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA) DOMICILIARIO Y PARA EL ÁREA MÉDICA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES, CONFORME LOS SIGUIENTES INSUMOS:

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **CUMPLE SI / NO** |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL ( CILINDRO DE 9.5 M3) |  |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL DOMICILIARIO( CILINDRO DE 9.5 M3) INLCUYENDO ACCESORIOS: MASCARILLA, VASO HUMIDIFICADOR, CÁNULA, CONCRETADOR, CILINDRO PORTÁTIL DE SOPORTE |  |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL (CILINDRO DE 1 M3) |  |
| METRO CÚBICO DE AIRE GRADO MEDICINAL |  |
| METRO CÚBICO DE CILINDRO DE NITRÓGENO GRADO MEDICINAL |  |
| ARRENDAMIENTO DIARIO DE EQUIPO DE CPAP/ DÍA PACIENTE |  |
| ARRENDAMIENTO DIARIO DE EQUIPO DE BPAP/DÍA PACIENTE |  |

LA CANTIDAD DE SUMINISTROS SERÁ DE CONFORMIDAD A LOS REQUERIMIENTOS MÉDICOS DE LOS PACIENTES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES, POR LO QUE NO SE PUEDE ESTABLECER EL NÚMERO DE PACIENTES QUE LO VAYAN A REQUERIR

**ATENTAMENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO H**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

POR ESTE CONDUCTO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y REITERO QUE MI REPRESENTADA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, EN CASO DE RESULTAR GANADORA EN LA PRESENTE LICITACIÓN, ASUME EL COMPROMISO DE ENTREGAR AL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES LAS GARANTÍAS SOLICITADAS EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO LICITATORIO, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LAS MISMAS BASES.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |

**INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES.**

**LICITACION PÚBLICA PRESENCIAL IMPE/LP/19/2020.**

**ANEXO I “ANEXO ECONÓMICO”**

CHIHUAHUA CHIH., A XXXXXXX DE XXXXXXXX DE XXXX

**COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMPE**

**PRESENTE.**

**PARTIDA UNICA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN Y UNIDAD DE MEDIDA** | **COSTO UNITARIO** | **IVA (SI APLICA)** | **COSTO UNITARIO MÁS IVA** |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL  ( CILINDRO DE 9.5 M3) |  |  |  |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL DOMICILIARIO (CONCENTRADOR/CILINDRO DE 9.5 M3) INLCUYENDO ACCESORIOS: MASCARILLA, VASO HUMIDIFICADOR, CÁNULA, CONCENTRADOR, CILINDRO PORTÁTIL DE SOPORTE. |  |  |  |
| METRO CÚBICO DE OXÍGENO MEDICINAL (CILINDRO DE 1 M3) |  |  |  |
| METRO CÚBICO DE AIRE GRADO MEDICINAL |  |  |  |
| METRO CÚBICO DE CILINDRO DE NITRÓGENO DE GRADO MEDICINAL |  |  |  |
| ARRENDAMIENTO DIARIO DE EQUIPO DE CPAP/DÍA PACIENTE |  |  |  |
| ARRENDAMIENTO DIARIO DE EQUIPO DE BPAP/DÍA PACIENTE |  |  |  |

**IMPORTE TOTAL DE LA PROPUESTA ECONÓMICA DE LA PARTIDA ÚNICA CON LETRA Y NÚMERO:**

|  |
| --- |
|  |

EL IMPORTE TOTAL ES EN MONEDA NACIONAL Y PERMANECERÁ FIJO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO. EL PAGO SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN ESTAS BASES.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL LICITANTE** |  | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE** |