# Anexo T4 “PROPOSICIÓN ECONÓMICA”

**IMSS-BIENESTAR**

**Se deberá elaborar la cotización en el documento Excel denominado como Propuesta Económica, en el cual están tres formatos en tres hojas de cálculo distintas que deberán ser completadas.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | DÍA | MES | AÑO |
| FECHA | | | |  |  |  |
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. DE PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  R.F.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **TELÉFONO** | **FAX** | *CORREOELECTRÓNICO* | NÚMERO DE PROVEEDOR IMSS | | | |
|  |  |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COSTOS DE PROVEEDORES DE EQUIPOS MÉDICOS | | | | | | | |
| PARTIDA | NOMBRE DE LA UNIDAD | SERVICIO MÉDICO INTEGRAL | PRECIO UNITARIO | CANTIDAD MÍNIMA DE ESTUDIOS | CANTIDAD MÁXIMA DE ESTUDIOS | IMPORTE TOTAL CANTIDADES MINIMAS SIN IVA | IMPORTE TOTAL CANTIDADES MÁXIMAS SIN IVA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTALES | | | |  |  |  |  |
| SUBTOTAL | | | | | |  |  |
| TOTAL CON IVA | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COSTOS PARA SERVICIOS DE ASESORES ESPECIALIZADOS EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA | | | |
| PARTIDA | NOMBRE | Servicio Médico Integral | IMPORTE TOTAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| SUBTOTAL | | |  |
| TOTAL CON IVA | | |  |

**LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

**EN EL CASO QUE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR, ME OTORGUE LA ADJUDICACION DEL SERVICIO ASIGNADO, ME OBLIGO EN NOMBRE DE MÍ REPRESENTADA A SUSCRIBIR EL CONTRATO QUE SE DERIVE, EN LOS TERMINOS, CONDICIONES Y PORCENTAJE ESTABLECIDOS EN ESTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN.**

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

O REPRESENTANTE