



**Salud**  
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN



Ciudad de México, a 30 de marzo del 2026

Asunto: Adjudicación de Servicio

**C. LILIANA CRUZ YAÑEZ**  
**PERSONA FISICA CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL Y PROFESIONAL**  
**RFC: CUYL910517BNA**  
**ERIK EL ROJO MZA #35, COLONIA LOMAS DE CAPULA,**  
**ALVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MÉXICO, C.P.01270**  
**E-MAIL: lili\_910517@hotmail.com**  
**TELÉFONOS: 5518556135**

### **P R E S E N T E**

Por este medio me permito informarle a usted que será contratado para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**, que se **Adjudicó** mediante **PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO No. AA-12-NCG-012NCG001-N-144-2026**, con fundamento en el **ARTÍCULO 54 FRACCIÓN XIV DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO (LAASSP)**.

Derivado de lo anterior, me permito comunicar a usted que su **COTIZACIÓN** presentada en la plataforma **COMPRAS MX**, con número de solicitud de cotización **SC-2026-00006099**, relativa **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**, fue aceptada por el **DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA** para el **Ejercicio Fiscal 2026**, con vigencia **01 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026**, con **N.º DE CONTRATO: INCMN/107/3/AD/006/26**, por un **MONTO de \$144,000.00 (CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS 00/100 M.N.)**, más el **Impuesto al Valor Agregado**.

Cabe mencionar que deberá presentarse en el departamento de Adquisiciones, a partir del presente oficio en un horario de 8:00 a 16:00 hrs. para presentar la siguiente documentación legal y estar en posibilidad de elaborar contrato respectivo. **Dicha documentación deberá ser entregada en un plazo no mayor a tres días hábiles contados a partir de la notificación del presente oficio.**

1. Acta de nacimiento (actualizada).
2. CURP.
3. R.F.C. de la persona con domicilio fiscal y actividad.
4. Comprobante de domicilio de la empresa (vigente)
5. Identificación oficial con fotografía del representante legal (vigente)
6. Opinión Positiva Vigente del SAT, IMSS e INFONAVIT.



**2026**  
año de  
Margarita  
**Maza**



**Salud**  
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN



7. Manifiesto de decir verdad respecto al artículo 49, fracción IX, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas (donde el proveedor del servicio manifieste bajo protesta de decir la verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público, en su caso, que, a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un Conflicto de Intereses.
8. Declaración de no encontrarse en los supuestos de los Art. 71 y 90 antepenúltimo párrafo de la LAASSP.
9. Datos bancarios de depósito (Banco, Clave Bancaria estandarizada "CLABE" y titular de la cuenta)
10. Acreditamiento de la Personalidad Jurídica.

**ATENTAMENTE**

**LCDO. DELFINO JAVIER FLORES FLORES**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES**



**2026**  
año de  
**Margarita**  
**Maza**