



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA
 DIRECCION ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

C-2023-00161718

Número Acuerdo: SA
 Número de Sesión: SS
 Fecha de Acuerdo: 01/01/2023
 Fecha Terminación del pedido: 16/12/2023
 Núm. Dictamen Presup: 0000000153-2023

No. de Evento: AA050GYR055T586
 bajo el: Art 42 frac.
 No. Compranet: AA-50-GYR-050GYR055-T586-2023
 No. de Pedido: D3P0951
 Elaboración: 06/12/2023 Impresión 06/12/2023

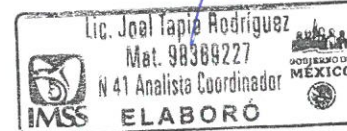
ADQUISICIONES

Proveedor: COMERCIALIZADORA PARA HOSPITALES GALA, SA DE CV **No Requisición:** 36193791020230140
Dirección: OAXACA NUM. 65 JACARANDAS TLANEPANTLA DE BAZ 54050 EDO. DE MEXICO **Fecha de entrega:** 16/12/2023
R.F.C. CHG -130830-8D4 **No. Proveedor:** 00127723 **Partida presupuestal:** 1020 21057001
Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA **Clasificación presupuestal:**
Lugar de entrega: AV. VALLEJO S/N MODULO B, COL. LA RAZA, **Circ.** 36 **Loc.** 19 **Inm.** 01 **T.S.** 15 **E.** 0 **U.** 20 **P.** 0

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	37956109340001	UN KIT QUE CONTIENE: 1 APOSITO DE ESPUMA FABRICADO CON POLIURETANO RETICULADO (PU) GRADO MEDICO, HIDROFOBICO DE PORO ABIERTO CON ORIFICIOS DE 400 A 600 MICRAS TODOS INTERCONECTADOS, QUE CONTIENE	18	PZA	4,212.83	75,830.94

Marca: KCI
 Procedencia: ESTADOS UNIDOS

Tipo Presen: PZA
 Cant Presen: 1



SUBTOTAL	\$	75,830.94
I. V. A.	\$	12,132.95
TOTAL	\$	87,963.89

Lic. Laura Atenas Morales Monterde
 Mat. 99357984
 REVISÓ

(ochenta y siete mil novecientos sesenta y tres pesos 89/100 M.N.)

Administrador del Pedido
 CP. MARVYN MARQUEZ MARTINEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO Y S

Comprador
 LIC. ARTURO MARTINEZ MARQUEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N3)
 LIC. VICTOR ALANA CASTRO
 ENC. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Autorización (N2)
 C. JOSÉ ANTONIO BUENO FARIAS
 ENC. DEL DESP. DE LA DIRECCIÓN ADMIVA. DE LA UMAE

Autorización (N1)
 DR. ANDRES GARCIA RINCON
 DIRECTOR DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA
 DIRECCION ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo: **SA**
 Número de Sesión: **SS**
 Fecha de Acuerdo: **01/01/2023**
 Fecha Terminación del pedido: **16/12/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **0000000153-2023**

No. de Evento: **AA050GYR055T586**
 bajo el: **Art 42 frac.**
 No. de Evento:
AA-50-GYR-050GYR055-T586-2023
 No. de Pedido: **D3P0951**
 Elaboración: **06/12/2023** Impresion 06/12/2023

Proveedor: COMERCIALIZADORA PARA HOSPITALES GALA, SA DE CV

No Requisición: 36193791020230140

Dirección: OAXACA NUM. 65 JACARANDAS TLANEPANTLA DE BAZ 54050 EDO. DE MEXICO

Fecha de entrega: 16/12/2023

R.F.C. CHG -130830-8D4 No. Proveedor : 00127723

Partida presupuestal : 1020 21057001

Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: AV. VALLEJO S/N MODULO B, COL. LA RAZA, Circ. 36 Loc. 19 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

CLAUSULAS PARA RECEPCION Y TRAMITE DE PEDIDOS

1.- DEL PEDIDO:

- 1.1 Este pedido se base en la investigación de mercado, en poder del Instituto con en la cotización presentada por el proveedor, por lo que sus precios serán fijos durante la vigencia del mismo.
- 1.2 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a surtirlo en el plazo, cantidad, lugar y condiciones de entrega señaladas en el mismo, por lo que cualquier aclaración sobre el contenido del mismo, deberá efectuarse por escrito ante la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento o UMAE correspondiente en un plazo máximo 24 horas hábiles después de la fecha de recepción del pedido, transcurrido ese lapso, este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO POR EL PROVEEDOR.
- 1.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá cancelar este pedido, total o parcialmente, si el proveedor no cumple con las condiciones establecidas en el mismo o bien exigir su cumplimiento, en ambos casos, el proveedor se hará acreedor a la sanción establecida en la cláusula 3.3 de este pedido.
- 1.4 El Proveedor manifiesta bajo protesta de decir verdad no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la ley Federal de Derechos de Autor ni a la Ley de la Propiedad Industrial, para ser susceptible en su caso de adjudicación.
- 1.5 El proveedor declara bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).
- 1.6 En caso de aplicar, para efectos del artículo 32D del Código Fiscal de la Federación, el proveedor hace la entrega de la opinión actualizada emitida por el SAT, en la que se manifiesta que se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales.
- 1.7 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor.
- 1.8 Todos los impuestos y derechos, tanto federales como estatales o municipales, o de cualquier otra naturaleza, serán a cargo del proveedor, con excepción del Impuesto al Valor Agregado.
- 1.9 El proveedor se obliga a dar las facilidades necesarias para que las Dependencias del Sector Público Federal ejerzan las funciones que les concede la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.
- 1.10 El proveedor deberá otorgar fianza expedida por una Institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el % del monto total de este pedido sin incluir el IVA, como garantía para el cumplimiento de las condiciones estipuladas en el mismo. Si la entrega de los bienes se realiza dentro del plazo citado en el párrafo anterior, no será necesario otorgar la garantía, de acuerdo a el establecimiento en el artículo 48 de la LAASSP y 73.1 capítulo II de las políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios (PBL) del IMSS.
- 1.11 En el caso de que la garantía de cumplimiento se otorgue mediante fianza, deberá expedirse a favor del Instituto conforme a los textos autorizados por la Dirección Jurídica del Instituto.
- 1.12 La garantía de cumplimiento que entregue el proveedor, en aquellos pedidos cuyo importe sea igual o menor a 600 (seiscientos) días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México, podrá otorgarse mediante cheque certificado, para lo cual, se deberá seguir el procedimiento siguiente:
 I. El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social
 II. Dicho cheque deberá resguardado, a título de garantía en las áreas de Tesorería de las Delegaciones o UMAES de destino de los bienes.
 III. El cheque será devuelto a mas tardar el segundo día hábil posterior a que el Instituto constate el cumplimiento del pedido.

2.- DE LA GARANTIA DE CALIDAD Y DE LA INSPECCION:

- 2.1 El proveedor deberá garantizar la calidad de los bienes entregados y se obliga a su reposición al detectarse defectos o mal estado en los mismos y/o no cumplir con las especificaciones consignadas en este pedido. La reposición de los bienes será solicitada por la Delegación o Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) destinataria de los bienes, obligandose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de que reciba la notificación correspondiente.
- 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social efectuara pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas, lo cual se hará de conocimiento del OIC en el IMSS en cumplimiento a los dispuesto en el artículo 60 de la LAASSP:
- 2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los bienes y materiales entregados.

Administrador del Pedido
 CP. MARVYN MARQUEZ MARTINEZ

JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO Y S

Comprador
 LIC. ARTURO MARTINEZ MARQUEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N3)
 LIC. VICTOR ALANA CASTRO
 ENC. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Autorización (N2)
 C. JOSE ANTONIO BUENO FARIAS
 ENC. DEL DESP. DE LA DIRECCIÓN ADMIVA. DE LA UMAE

Autorización (N1)
 DR. ANDRES GARCIA RINCON
 DIRECTOR DE LA UMAE



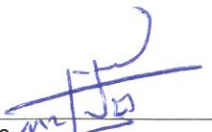
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA
 DIRECCION ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo: **SA**
 Número de Sesión: **SS**
 Fecha de Acuerdo: **01/01/2023**
 Fecha Terminación del pedido: **16/12/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **0000000153-2023**

No. de Evento: **AA050GYR055T586**
 bajo el: **Art 42 frac.**
 No. de Evento:
AA-50-GYR-050GYR055-T586-2023
 No. de Pedido: **D3P0951**
 Elaboración: **06/12/2023** Impresion **06/12/2023**

Proveedor: COMERCIALIZADORA PARA HOSPITALES GALA, SA DE CV	No Requisición: 36193791020230140
Dirección: OAXACA NUM. 65 JACARANDAS TLANEPANTLA DE BAZ 54050 EDO. DE MEXICO	Fecha de entrega: 16/12/2023
R.F.C. CHG -130830-8D4 No. Proveedor : 00127723	Partida presupuestal : 1020 21057001
Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA	Clasificación presupuestal :
Lugar de entrega: AV. VALLEJO S/N MODULO B, COL. LA RAZA, Circ. 36 Loc. 19 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0	

- 2.4 Acepta el proveedor que, en su caso, se haga compensación de los adeudos que tuviere con el Instituto, por Cuotas Obrero Patronales, Capitales Constitutivos o por cualquier otro concepto.
- 3.- DE LA ENTREGA DE LOS ARTICULOS:
- 3.1 El proveedor, deberá entregar de inmediato los bienes solicitados que tengan en existencia y el saldo a más tardar en la fecha convenida, pudiendo efectuar entregas parciales dentro del plazo establecido en este pedido.
- 3.2 El proveedor registrará en la ¿Remisión del Pedido¿, todos los datos consignados en el ¿Instructivo para requisitar la Remisión del Pedido¿ y deberá entregar original y copia de la misma al presentarse a realizar la entrega de los bienes a fin de que sea autorizada, en la Delegación o UMAE de destino en donde, de ser el caso le sellaran de recibido en el original de la remisión. La omisión de alguno de estos requisitos, dará lugar en forma sistemática a la devolución de los documentos presentados para efectos de cobro el Departamento de Presupuesto y Trámite de Erogaciones.
- 3.3 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a la entrega de cada uno de los renglones por la cantidad determinada, precisamente en el lugar y la fecha indicada y con las especificaciones requeridas. El incumplimiento en los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la aplicación de una pena convencional, consistente en la cantidad que corresponda a razón del % por día natural de atraso sobre el importe total de lo incumplido. Al término de 30 días, si el proveedor aún no ha realizado la entrega, el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá proceder a rescindir el pedido por la entrega no efectuada, aplicando la pena a que se haya hecho acreedor, sin que surta efecto legal alguno, cualquier inconformidad o aclaración al respecto; liberando al Instituto del compromiso incumplido, para que de acuerdo a sus necesidades reasigne el volumen no entregado a quien mejor convenga a sus intereses.
- 3.4 En el caso de bienes terapéuticos podrán ser entregados en presentación empaque sector salud o en presentación comercial con sello o sobreimpresión con la clave del Sector Salud, tratándose de aquellos medicamentos que aun se denominen como "genericos intercambiables" deberán contener la simbología G.I. de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1 vigente.
- 3.5 En el caso de bienes terapéuticos, el periodo de caducidad de los bienes, no podrá ser menor a 12 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega, No obstante los proveedores podrán entregar bienes con una caducidad mínima hasta de 9 (nueve) meses siempre y cuando entreguen una carta compromiso en la cual se obliguen a canjear, dentro de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente a que sea requerido el canje sin costo alguno para el Instituto, aquellos bienes que no sean consumidos dentro de su vida útil.
- 4 - DE LA FACTURACION:
- 4.1 Las facturas deberán describir los mismos artículos y la misma redacción del pedido, además mostrar claramente el número de pedido, número de requisición y partida presupuestal.
- 4.2 Para efectos de pago, la fecha indicada en ¿Condiciones de Pago¿, comenzará a surtir efecto en el momento en que el proveedor entregue sus documentos a revisión en el Area de Finanzas correspondientes, dependiente de la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera.

Administrador del Pedido 
 CP. MARVYN MARQUEZ MARTINEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO Y S

Comprador LIC. ARTURO MARTINEZ MARQUEZ JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	Autorización (N3) LIC. VICTOR ALAÑA CASTRO ENC. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO	Autorización (N2) C. JOSE ANTONIO BUENO FARIAS ENC. DEL DESP. DE LA DIRECCIÓN ADMIVA. DE LA UMAE	Autorización (N1) DR. ANDRES GARCIA RINCON DIRECTOR DE LA UMAE
---	---	---	---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA
 DIRECCION ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

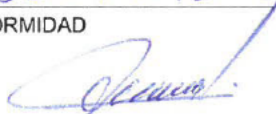

Número Acuerdo: SA	No. de Evento: AA050GYR055T586
Número de Sesión: SS	bajo el: Art 42 frac.
Fecha de Acuerdo: 01/01/2023	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: 16/12/2023	AA-50-GYR-050GYR055-T586-2023
Núm. Dictamen Presup: 0000000153-2023	No. de Pedido: D3P0951
	Elaboración: 06/12/2023 Impresion 06/12/2023

Proveedor: COMERCIALIZADORA PARA HOSPITALES GALA, SA DE CV	No Requisición: 36193791020230140
Dirección: OAXACA NUM. 65 JACARANDAS TLANEPANTLA DE BAZ 54050 EDO. DE MEXICO	Fecha de entrega: 16/12/2023
R.F.C. CHG -130830-8D4 No. Proveedor: 00127723	Partida presupuestal: 1020 21057001
Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA	Clasificación presupuestal:
Lugar de entrega: AV. VALLEJO S/N MODULO B, COL. LA RAZA, Circ. 36 Loc. 19	Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

EL PROVEEDOR SE OBLIGA A ENTREGAR LOS BIENES EN LOS TERMINOS PACTADOS EN ESTE PEDIDO Y SE SUJETA A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO Y SU REGLAMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE
HECTOR ALPIZAR MARTINEZ

CARGO
REPRESENTANTE LEGAL


FIRMA DE CONFORMIDAD  TELEFONO(S) 


FECHA	MES	DIA	AÑO
	12	06	23

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA
PODER NOTARIAL N° 20104


OBSERVACIONES

Se testa teléfono como dato personal de los socios de una empresa concernientes a una persona moral como confidencial, toda vez que de publicarse afectaría la esfera privada de las mismos, conformidad con el artículo 113, fracción III de la LFTAIP

Administrador del Pedido 
 CP. MARVYN MARQUEZ MARTINEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO Y S

Comprador 
 LIC. ARTURO MARTINEZ MARQUEZ
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N3) 
 LIC. VICTOR ALANA CASTRO
 ENC. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Autorización (N2) 
 C. JOSÉ ANTONIO BUENO FARIAS
 ENC. DEL DESP. DE LA DIRECCIÓN ADMIVA. DE LA UMAE

Autorización (N1) 
 DR. ANDRES GARCIA RINCON
 DIRECTOR DE LA UMAE