



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
DIRECCIÓN

Numero Acuerdo: **NO NECESAR**  
Número de Sesión: **NO NECESAR**  
Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
Num. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
bajo el: **Art 42 frac.**  
No. Compranet:  
No. de Pedido: **D3P0483**  
Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección: **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ 03230**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

R.F.C. **CDS -140909-IP3** No. Proveedor : **00153897**  
Unidad solicitante: **UMAE TRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**  
Lugar de entrega: **AV COLECTOR 15 S/N ESQ INST POL NAC,**

Circ. **35** Loc. **14** Imn. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Partida Clave del Artículo Descripción

Cantidad Unidad Precio Importe Total

3 010 000 34220002 KETOROLACO. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CONTIENE: KETOROLACO-TROMETAMINA 30 MG. ENVASE CON 3 FRASCOS AMPULA O 3 AMPOLLETAS DE 1 ML. 10252 ENV 33.00 338,316.00

Marca: s/m Tipo Presen: AFA  
Procedencia: s/p Cant Presen.:3

1 010 000 40280000 CLONIXINATO DE LISINA SOLUCION INYECTABLE CADA AMPOLLETA CONTIENE: CLONIXINATO DE LISINA 100 MG ENVASE CON 5 AMPOLLETAS DE 2 ML. 400 ENV 62.70 25,080.00

Marca: s/m Tipo Presen: AMP  
Procedencia: s/p Cant Presen.:5

2 010 000 40550002 BUPIVACAINA. SOLUCION INYECTABLE. CADA AMPOLLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE BUPIVACAINA 15 MG. DEXTROSA ANHIDRA O GLUCOSA ANHIDRA 240 MG. GLUCOSA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 240 MG DE GLUCOSA ANHIDRA. ENVASE CON 5 AMPOLLETAS 350 ENV 363.00 127,050.00

Marca: s/m Tipo Presen: AMP  
Procedencia: s/p Cant Presen.:5

U.M.A.E. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ" CDMX  
De conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; por tratarse de una entrega menor a 10 días, este pedido no requiere fianza



Comprador

LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N1)

LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)

LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMADIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Autorización (N3)

LIC. FRANCISCO LOZANO PARRA  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal

DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
DIRECTORA DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
 UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
 DIRECCIÓN

Número Acuerdo: **NO NECESAR**  
 Número de Sesión: **NO NECESAR**  
 Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
 Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
 bajo el: **Art 42 frac.**  
 No. Compranet:  
 No. de Pedido: **D3P0483**  
 Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección: **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ 03230**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. **CDS -140909-IP3** No. Proveedor : **00153897**

Unidad solicitante: **UMAE TRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: **AV COLECTOR 15 SIN ESQ INST POL NAC,**

Circ. **35** Loc. **14** Imn. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Partida Clave del Artículo

Descripción

Cantidad Unidad Precio Importe Total

SUB. TOTAL \$ 490,446.00

I. V. A. \$ 0.00

TOTAL \$ 490,446.00

( cuatrocientos noventa mil cuatrocientos cuarenta y seis pesos 00/100 M.N.)

Comprador  
 LIC. BRENDA RAZO-GERVANTES  
 ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N1)  
 LIC. BRENDA RAZO-GERVANTES  
 ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)  
 LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMAEDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Autorización (N3)  
 LIC. FRANCISCO LOZANO PARRA  
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal  
 DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
 DIRECTORA DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
DIRECCIÓN

Número Acuerdo: **NO NECESAR**  
Número de Sesión: **NO NECESAR**  
Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
Núm. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
bajo el: **Art 42 frac.**  
No. Compranet  
No. de Pedido: **D3P0483**  
Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección: **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ 03230**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. **CDS -140909-IP3** No. Proveedor : **00153897**

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **UMAETRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**  
Lugar de entrega: **AV COLECTOR 15 S/N ESQ INST POL NAC,**

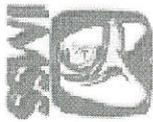
Circ. **35** Loc. **14** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

LUGAR DE ENTREGA farmacia

Comprador  
LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
ENC DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES  
Autorización (N1)  
LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)  
LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMAE  
Autorización (N3)  
LIC. FRANCISCO LOZANO PARRA  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal  
DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
DIRECTORA DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALI  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
DIRECCIÓN

Número Acuerdo: **NO NECESAR**  
Número de Sesión: **NO NECESAR**  
Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
Núm. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
bajo el: **Art 42 frac.**  
No. Compratnet  
No. de Pedido: **D3P0483**  
Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección: **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

**03230**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. CDS -140909-IP3 No. Proveedor : **00153897**

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **UMAE TRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**

Circ: **35**

Loc: **14**

Imm. **01**

T.S. **15**

E. **0**

U. **20**

P. **0**

CLAUSULAS PARA RECEPCION Y TRAMITE DE PEDIDOS

- 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 la 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 considerará 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 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 lo establecido en el artículo 48 de la LAASSP y 73.1 Capítulo I 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 UMAsES de destino de los bienes.
  - III El cheque, será devuelto a más tardar el segundo día hábil posterior a que el Instituto constate el cumplimiento del pedido.
- 1.13 Este pedido no es válido si presenta tachaduras, correcciones y/o alteraciones.
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, obligándose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de que recibe la notificación correspondiente.
  - 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social efectuará 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.
  - 2.4 Acepta el proveedor que, en su caso, se haga compensación de los adeudos que luere con el Instituto, por Cuotas Ópero Patronales, Capítulos 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

Comprador

LIC. BRENDA-RAZO CERVANTES  
ENC DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N1)

LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)

LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMAE/DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Autorización (N3)

LIC. FRANKLIN LOZANO PARRA  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal

DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
DIRECTORA DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
 COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALI  
 UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
 DIRECCIÓN

Número Acuerdo: **NO NECESAR**  
 Número de Sesión: **NO NECESAR**  
 Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
 Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
 bajo el: **Art 42 frac.**  
 No. Compranet  
 No. de Pedido: **D3P0483**  
 Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección: **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

**03230**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. **CDS -140909-IP3** No. Proveedor : **001533897**

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **UMAE TRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**

Circ: **35**

Loc: **14**

Imn: **01**

T.S: **15**

E: **0**

U: **20**

P: **0**

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 al 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 1% 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 sobremotompración con la clave del Sector Salud, tratándose de aquellos medicamentos que aun se denominen como "genéricos 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 el Comprobante de Pago, comenzará a surtir efecto en el momento en que el proveedor entregue sus documentos a revisión en el Área de Finanzas correspondientes, dependiente de la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera.

Comprador  
 LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
 ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N1)  
 LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
 ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)  
 LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMAE

Autorización (N3)  
 LIC. FRANCISCO LOZANO PARRA  
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal  
 DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
 DIRECTORA DE LA UMAE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
 COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALI  
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE TRA  
 DIRECCION

Número Acuerdo: **NO NECESAR**  
 Número de Sesión: **NO NECESAR**  
 Fecha de Acuerdo: **01/08/2023**  
 Fecha Terminación del pedido: **13/08/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **SN**

No. de Evento: **AA050GYR049T184**  
 bajo el: **Art 42 frac.**  
 No. Compranet  
 No. de Pedido: **D3P0483**  
 Elaboración: **07/08/2023** Impresion 07/08/2023

Proveedor: **COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA SHIVEN, SA DE CV**

No Requisición: **3514010030123SH26**

Dirección **AV. JOSE MARIA RICO NUM. 68 INT. DESP. 401 ACTIPAN BENITO JUAREZ 03230**

Fecha de entrega: **13/08/2023**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

Clasificación presupuestal :

R.F.C. **CDS -140909-IP3** No. Proveedor : **00153897**  
 Unidad solicitante: **UMAE TRAUMA Y ORTO M.S. "DR. VICTORIO DE LA FUENTE**  
 Lugar de entrega: **AV COLECTOR 15 S/N ESQ INST POL NAC,**

Circ: **35** Loc: **14** Imn: **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.

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

CARGO

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)

FECHA	DIA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA

Area for signature and stamp of the provider representative.

Area for observations.

Comprador

LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
 ENC DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N1)

LIC. BRENDA RAZO CERVANTES  
 ENC. DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Autorización (N2)

LIC. ALEJANDRO RODRIGUEZ LOPEZ  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ABASTO UMAE

Autorización (N3)

LIC. FRANCISCO LOZANO PARRA  
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UMAE

Representante Legal

DRA. FRYDA MEDINA RODRIGUEZ  
 DIRECTORA DE LA UMAE