



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA  
 COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALI  
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD H.E. No.71

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **10/10/2024**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA-045-T-225-24**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet:  
**AA-50-050GYR045-T-225-2024**  
 No. de Pedido: **D4P0735**  
 Elaboración: **30/09/2024** Impresion 30/09/2024

Proveedor: **DISTRIBUIDORA MEP S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **CALLE Pereyra PTE NUM. 1216 VICTORIA DE DURANGO CENTRO Durango**

Fecha de entrega: **10/10/2024**

R.F.C. **DME -210604-9B9** No. Proveedor : **00152630**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

Unidad solicitante: **UMAE ESPECIALIDADES COAHUILA**

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: **BLVD. REVOLUCION NO. 2650,** Circ. **05** Loc. **19** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
---------	--------------------	-------------	----------	--------	--------	---------------

1	010 000 4441 0000	GRANISETRON SOLUCION INYECTABLE CADA AMPOLLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE GRANISETRONEQUIVALENTE A 3 MG DE GRANISETRON. ENVASE CON 3 ML.	1072	ENV	670.00	718,240.00
---	-------------------	--	------	-----	--------	------------

Marca: **STERN PHARMA**

Tipo Presen: **ENV**

Procedencia: **MEXICO**

Cant Presen: **1**

**SUB. TOTAL \$ 718,240.00**

**I. V. A. \$ 0.00**

**TOTAL \$ 718,240.00**

*( setecientos dieciocho mil doscientos cuarenta pesos 00/100 M.N.)*

--

Vo. Bo.  
 LIC. JORGE ARMANDO CARDENAS ROMERO  
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO UMAE H.E. 71

Representante Legal  
 DRA. MARIA GUADALUPE VILLA GONZALEZ  
 TITULAR DE LA UMAE H.E. 71



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION REGIONAL NORTE**  
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA  
 COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALI  
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD H.E. No.71

Número Acuerdo:	No. de Evento: <b>AA-045-T-225-24</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracción II Art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: <b>10/10/2024</b>	<b>AA-50-050GYR045-T-225-2024</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D4P0735</b>
	Elaboración: <b>30/09/2024</b> Impresion 30/09/2024

<b>Proveedor: DISTRIBUIDORA MEP S.A. DE C.V.</b>	<b>No Requisición: PAC</b>
<b>Dirección: CALLE Pereyra PTE NUM. 1216 VICTORIA DE DURANGO CENTRO Durango 34000</b>	<b>Fecha de entrega: 10/10/2024</b>
<b>R.F.C. DME -210604-9B9 No. Proveedor : 00152630</b>	<b>Partida presupuestal : 0301 21053001</b>
<b>Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES COAHUILA</b>	<b>Clasificación presupuestal :</b>
<b>Lugar de entrega: BLVD. REVOLUCION NO. 2650, COL.TORREON</b>	<b>Circ. 05 Loc. 19 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0</b>

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 GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO**

4.1 El proveedor se obliga a otorgar, dentro del plazo de diez días naturales contados a partir de la aceptación de este instrumento, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente pedido por un importe del 10% (diez por ciento), del monto total del pedido, sin incluir el IVA. 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 43.5 Capítulo X de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios (PBL) del IMSS.

4.2 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.

4.3 La garantía de cumplimiento que entregue el proveedor, en aquellos contratos cuyo importe sea igual o menor a 900 (novecientos) días de unidad de medida de actualización (UMA), 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 ser 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 más tardar el segundo día hábil posterior a que el Instituto constate el cumplimiento del contrato.

En este caso, la verificación del cumplimiento del contrato por parte del Instituto deberá hacerse a más tardar el tercer día hábil posterior a aquel en que el proveedor de aviso de la entrega de los bienes objeto del presente contrato.

4.4 El incumplimiento en los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la cancelación del pedido o de la cantidad faltante y la aplicación de una sanción, consistente en el 5% por día natural de atraso sobre el importe total de lo incumplido hasta por un máximo de cuatro días naturales del valor de lo incumplido. Lo anterior 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.

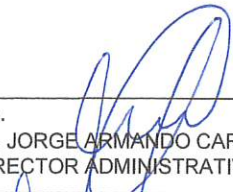
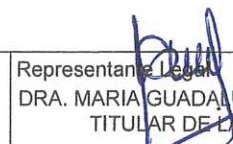
**5.- DE LA FACTURACION**

5.1 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.

5.2 El pago de este pedido, se realizará a los 20 días naturales posteriores a la presentación de las facturas en las oficinas de trámite de erogaciones de las Delegaciones y UMAE receptoras de los bienes, bajo las siguientes consideraciones

Toda entrega de bienes se considerará comprendida en un "Periodo mensual de entrega de bienes" en donde dichos periodos abarcan del 11 de cada mes, al día 10 del mes siguiente.

El proveedor podrá presentar su factura en las oficinas de Trámite de Erogaciones de las Delegaciones y UMAE de destino, a partir del día 5 del mes siguiente a aquél en el que se concluya el "Periodo mensual de entrega de bienes" en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

	Vo. Bo.  <b>LIC. JORGE ARMANDO CARDENAS ROMERO</b> <b>DIRECTOR ADMINISTRATIVO UMAE H.E. 71</b>	 <b>Representante Legal</b> <b>DRA. MARIA GUADALUPE VILLA GONZALEZ</b> <b>TITULAR DE LA UMAE H.E. 71</b>
--	---	--



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA  
 COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALI  
 UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD H.E. No.71

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: 10/10/2024  
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento AA-045-T-225-24  
 bajo el: Fracción II Art. 41  
 No. Compranet  
 AA-50-050GYR045-T-225-2024  
 No. de Pedido: D4P0735  
 Elaboración: 30/09/2024 Impresion 30/09/2024

Proveedor: DISTRIBUIDORA MEP S.A. DE C.V.

No Requisición: PAC

Dirección CALLE Pereyra PTE NUM. 1216 VICTORIA DE DURANGO CENTRO Durango  
 34000

Fecha de entrega: 10/10/2024

R.F.C. DME -210604-9B9 No. Proveedor: 00152630

Partida presupuestal: 0301 21053001

Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES COAHUILA

Clasificación presupuestal:

Lugar de entrega: BLVD. REVOLUCION NO. 2650,

Circ. 05 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.

OBSERVACIONES

Ú^A^•ca) g( ^|[ A^5) &[ A[ :Á  
 &[ ]•ca^:ca^•^A^ +{ (ca&[ &[ ] -ca^ ) &ca^A  
 ~) ca^ ^{ [ ] ca^ ca^ca^ ) ca^ca^A  
 ca^ ) ca^ca^|E^A^• ca^a^• ca^ ) A ^a^Ae^&ca^A  
 |ca^•A^ca^|ca^ca^A^ca^ a{ ca^|Ae^ca^A  
 ]|[ :A^&[ ] +{ ( ca^ca^&[ ] A |Ae^E^H^A^ca^E^ca^A  
 a^Ae^S^O^V^O^D^E

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

Maria José Ramirez Gandarilla

CARGO

Representante legal

FIRMA DE CONFORMIDAD

*[Handwritten signature]*

TELÉFONO(S)

[Redacted phone number]

FECHA	DIA	MES	AÑO
	30	09	2024

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

Escritora Pública 7,514

Vo. Bo.

LIC. JORGE ARMANDO CARDENAS ROMERO  
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO UMAE H.E. 71

Representante Legal

DRA. MARIA GUADALUPE VILLA GONZALEZ  
 TITULAR DE LA UMAE H.E. 71