



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES # 2  
"LIC. LUIS DONALDO COLOSIO MURRIETA"  
DIRECCION ADMINISTRATIVA

|                                              |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| Número Acuerdo:                              | No. de Evento: AAGYR037T099-24 |
| Número de Sesión:                            | bajo el: Art 42                |
| Fecha de Acuerdo:                            | No. Compranet:                 |
| Fecha Terminación del pedido: 30/05/2024     | AA-50-GYR-050GYR037-T-99-2024  |
| Núm. Dictamen Presup: S/N                    | No. de Pedido: D4P0298         |
| Elaboración: 20/05/2024 Impresión 20/05/2024 |                                |

|                                                                      |                                      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Proveedor: MEDICINA INTEGRAL Y FARMACEUTICA DE SONORA MIFSA,         | No Requisición: PAC                  |
| Dirección: HUATACHIVE NO. 209 NTE. ENTRE NAINARI Y ALLENDE CUAUHEMOC | Fecha de entrega: 30/05/2024         |
| R.F.C. MIF -070514-7T6 No. Proveedor : 00107416                      | Partida presupuestal : 0301 21053001 |
| Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES SONORA                       | Clasificación presupuestal :         |
| Lugar de entrega: PROLONGACION HIDALGO E/HUISAHUAY,                  | Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0      |

| Partida | Clave del Artículo | Descripción                                                                                                                            | Cantidad | Unidad | Precio | Importe Total |
|---------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|--------|---------------|
| 1       | 010 000 3626 00 00 | CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE AL 0.9% CADA 100 ML CONTIENEN:<br>CLORURO DE SODIO 0.9 G AGUA INYECTABLE 100 ML ENVASE CON 50 ML. | 379      | ENV    | 12.29  | 4,657.91      |

Marca: CLORUROSODICA ALPHA  
Procedencia: MEXICO  
Tipo Presen: ML.  
Cant Presen: 50

SUB. TOTAL \$ 4,657.91  
I. V. A. \$ 0.00  
TOTAL \$ 4,657.91

( cuatro mil seiscientos cincuenta y siete pesos 91/100 M.N.)

|                                                                                                          |                                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Auxiliar del Contrato/Pedido<br>ING. JAVIER LEOPOLDO TREVIÑO FELIX<br>JEFE DE OFNA. DE CONTROL DEL GASTO | Area Contratante<br>LIC. FRANCISCO JAVIER CASTILLO MOLINDBRA. LESVIA CARMINA DELGADO BOJORQUEZ<br>DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Area Requiriente<br>LIC. FRANCISCO JAVIER CASTILLO MOLINDBRA. LESVIA CARMINA DELGADO BOJORQUEZ<br>DIRECTORA MEDICA | Representante Legal<br>DRA. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ<br>DIRECTORA UMAE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
"LIC. LUIS DONALDO COLOSIO MURRIETA"  
DIRECCION ADMINISTRATIVA

|                                              |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| Número Acuerdo:                              | No. de Evento: AAGYR037T099-24 |
| Número de Sesión:                            | bajo el: Art 42                |
| Fecha de Acuerdo:                            | No. Compranet                  |
| Fecha Terminación del pedido: 30/05/2024     | AA-50-GYR-050GYR037-T-99-2024  |
| Núm. Dictamen Presup: S/N                    | No. de Pedido: D4P0298         |
| Elaboración: 20/05/2024 Impresión 20/05/2024 |                                |

|                                                                      |  |                                      |                         |
|----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------|
| Proveedor: MEDICINA INTEGRAL Y FARMACEUTICA DE SONORA MIFSA,         |  | No Requisición: PAC                  |                         |
| Dirección: HUATACHIVE NO. 209 NTE. ENTRE NAINARI Y ALLENDE CUAUHEMOC |  | Fecha de entrega: 30/05/2024         |                         |
| R.F.C. MIF -070514-7T6 No. Proveedor : 00107416                      |  | Partida presupuestal : 0301 21053001 |                         |
| Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES SONORA                       |  | Clasificación presupuestal :         |                         |
| Lugar de entrega: PROLONGACION HIDALGO E/HUISAHUAY,                  |  | Circ. 27                             | 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 lista de precios aprobados, en poder del Instituto con la cotización presentada por el proveedor para AA-50-GYR-050GYR037-T-99-2024 presente pedido y se compromete a surtirlo en el plazo estipulado, por lo que cualquier aclaración sobre el contenido del mismo, deberá efectuarse por escrito ante esta área en un plazo máximo de 2 días hábiles contados a partir de la fecha de emisión del pedido. Transcurrido ese lapso, este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO.
- 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 Este pedido no es válido si presente tachaduras, correcciones y/o alteraciones.
- 1.5 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor, con excepción de aquellos casos en que expresamente se establezcan en el pedido, que correrán a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 1.6 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.
- 1.7 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 Prestaciones de Servicios Relacionados con Bienes Muebles y su Reglamento.
- 1.8 El proveedor deberá otorgar fianza expedida por una Institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el 10% del monto total de este pedido sin incluir el IVA, como garantía para el cumplimiento de las condiciones estipuladas en el mismo. (Se exceptúa de entregar la fianza de cumplimiento conforme a lo establecido en el numeral 5.5.1 de las PBL'S del INSTITUTO)
- 1.9 Esta área dará al proveedor la autorización por escrito para que pueda cancelar la fianza antes mencionada, cuando acredite plenamente haber cumplido con los compromisos contraídos en este pedido.
- 1.10.- De conformidad con lo establecido en el último párrafo del artículo 48 de la LAASSP y al artículo 58 de su reglamento, no se requerirá póliza de garantía de cumplimiento de contrato.
- 1.11.- La entrega de los bienes será de lunes a viernes de 08:00 a 15:30 Horas.
- 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.
- 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social efectuar pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas.
- 2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los equipos, bienes y materiales entregados.
- 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, previa autorización de esta área, 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 una copia de la misma en el Departamento Adquiriente, quien le sellará de recibido en el original. La omisión de alguno de estos requisitos, dará lugar en firma sistemática a la devolución de los documentos presentados para efectos de cobro ante la División de Control 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 2.5% por día natural de atraso y hasta un máximo del 20% sobre el importe total de lo incumplido. Al término de 30 días, si el proveedor aun 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.

|                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                             |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Auxiliar del Contrato/Pedido<br>ING. JAVIER LEOPOLDO TREVIÑO FELIX<br>JEFE DE OFNA, DE CONTROL DEL ABASTO           | Area Contratante<br>LIC. FRANCISCO JAVIER CASTILLO MOLINERA, DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Area Requiriente<br>DRA. LESVIA CARMINA DELGADO BOJORQUEZ, DIRECTORA MEDICA | Representante Legal<br>DRA. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ, DIRECTORA UMAE |
| Administrador del Contrato/Pedido<br>MTRO. FRANCISCO IVAN FLORES MDOVICH<br>JEFE DE DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTOS |                                                                                      |                                                                             |                                                                              |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES # 2  
"LIC. LUIS DONALDO COLOSIO MURRIETA"  
DIRECCION ADMINISTRATIVA

|                                              |                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------|
| Número Acuerdo:                              | No. de Evento: AAGYR037T0999-24 |
| Número de Sesión:                            | bajo el: Art 42                 |
| Fecha de Acuerdo:                            | No. Compranet                   |
| Fecha Terminación del pedido: 30/05/2024     | AA-50-GYR-050GYR037-T-99-2024   |
| Núm. Dictamen Presup: S/N                    | No. de Pedido: D4P0298          |
| Elaboración: 20/05/2024 Impresión 20/05/2024 |                                 |

Proveedor: MEDICINA INTEGRAL Y FARMACEUTICA DE SONORA MIFSA,

Dirección: HUATACHIVE NO. 209 NTE. ENTRE NAINARI Y ALLENDE CUAUHEMOC  
CIUDAD OBREGON 85000

R.F.C. MIF -070514-7T6 No. Proveedor : 00107416

Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES SONORA

Lugar de entrega: PROLONGACION HIDALGO E/HUISAHUAY,

Circ. 27 Loc. 19 Inm. 01

T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

3.4. Sólo podrá entregarse artículos distintos o que se consideren equivalentes a los estipulados en este pedido, con autorización previa y por escrito de esta área.  
4. DE LA FACTURACIÓN:  
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 Área de Finanzas correspondientes, dependiente de la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera.

No Requisición: PAC

Fecha de entrega: 30/05/2024

Partida presupuestal : 0301 21053001

Clasificación presupuestal :

|                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                          |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Auxiliar del Contrato/Pedido<br>ING. JAVIER LEOPOLDO TREVIÑO-FELIX<br>JEFE DE OFNA. DE CONTROL DEL ABASTO          | Area Contratante<br>LIC. FRANCISCO JAVIER CASTILLO MOLINERA<br>DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Area Requiriente<br>LESVIA CARMINA DELGADO BOJORQUEZ<br>DIRECTORA MEDICA | Representante Legal<br>DRA. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ<br>DIRECTORA UMAE |
| Administrador del Contrato/Pedido<br>MTRO. FRANCISCO VAN FLORES VIDOVIK<br>JEFE DE DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTOS |                                                                                        |                                                                          |                                                                                |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES # 2  
"LIC. LUIS DONALDO COLOSIO MURRIETA"  
DIRECCION ADMINISTRATIVA

|                               |                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Número Acuerdo:               | No. de Evento                                              |
| Número de Sesión:             | bajo el: <b>Art 42</b>                                     |
| Fecha de Acuerdo:             | No. Compras:                                               |
| Fecha Terminación del pedido: | <b>AA-50-GYR-050GYR037-T-99-2024</b>                       |
| Núm. Dictamen Presup:         | No. de Pedido: <b>D4P0298</b>                              |
|                               | Elaboración: <b>20/05/2024</b> Impresión <b>20/05/2024</b> |

|                        |                                                                                           |                      |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Proveedor:             | <b>MEDICINA INTEGRAL Y FARMACEUTICA DE SONORA MIFSA,</b>                                  |                      |
| Dirección              | <b>HUATACHIVE NO. 209 NTE. ENTRE NAINARI Y ALLENDE CUAUHEMOC<br/>CIUDAD OBREGON 85000</b> |                      |
| R.F.C. MIF -070514-7T6 | No. Proveedor :                                                                           | <b>00107416</b>      |
| Unidad solicitante:    | <b>UMAE ESPECIALIDADES SONORA</b>                                                         |                      |
| Lugar de entrega:      | <b>PROLONGACION HIDALGO E/HUISAHUAY,</b>                                                  |                      |
|                        | Circ. <b>27</b>                                                                           | Loc. <b>19</b>       |
|                        | Inm. <b>01</b>                                                                            | T.S. <b>15</b>       |
|                        | E. <b>0</b>                                                                               | U. <b>20</b>         |
|                        | P. <b>0</b>                                                                               |                      |
|                        | No Requisición:                                                                           | <b>PAC</b>           |
|                        | Fecha de entrega:                                                                         | <b>30/05/2024</b>    |
|                        | Partida presupuestal :                                                                    | <b>0301 21053001</b> |
|                        | Clasificación presupuestal :                                                              |                      |

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                                                    |
| CARGO                                                                       |
| FIRMA DE CONFORMIDAD                                                        |
| TELEFONO(S)                                                                 |
| FECHA                                                                       |
| DIA                                                                         |
| MES                                                                         |
| AÑO                                                                         |
| EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA |

OBSERVACIONES

|                                                                                                           |                                                                                        |                                                                        |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Auxiliar del Contrato/Pedido<br>ING. JAVIER LEOPOLDO TREVIÑO FELIX<br>JEFE DE OFNA. DE CONTROL DEL ABASTO | Area Contratante<br>LIC. FRANCISCO JAVIER CASTILLO MOLINERA<br>DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Area Requiriente<br>DRA. CARMINA DELGADO BOJORQUEZ<br>DIRECTORA MEDICA | Representante Legal<br>DRA. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ<br>DIRECTORA UMAE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                        |  |                                    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------|
| <p>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.</p> |  |                                    |                     |
| <p>NOMBRE DEL REPRESENTANTE</p>                                                                                                                                                                                        |  | <p><i>Pablo Morales Alfaro</i></p> |                     |
| <p>CARGO</p>                                                                                                                                                                                                           |  | <p><i>Representante Legal</i></p>  |                     |
| <p>FIRMA DE CONFORMIDAD</p>                                                                                                                                                                                            |  | <p>TELEFONO(S)</p>                 |                     |
|                                                                                                                                                                                                                        |  | <p>FECHA</p>                       | <p>DIA MES AÑO</p>  |
|                                                                                                                                                                                                                        |  | <p><i>24</i></p>                   | <p><i>03-24</i></p> |
| <p>EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA</p>                                                                                                                                     |  |                                    |                     |
| <p><i>Director General</i></p>                                                                                                                                                                                         |  |                                    |                     |

Página 1