



| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES # 2 | DIRECCION ADMINISTRATIVA |
| No. de Evento: AGYR037197-24 | Número de Sesión: | No. Compranet: | "C. LUIS DONALDO COLOSO MURRIETA". |
| baso el: Fracc V art. 41 | Fechas de Acuerdo: | No. de Pedido: AA-50-GYR-050GYR037-T-197-2024 | FECHA DE EXPEDICION DE LOS DOCUMENTOS |
| Elaboración: 18/09/2024 Impresión 18/09/2024 | Fechas de entrega: | 27/09/2024 | FECHA DE EXPEDICION DE LOS DOCUMENTOS |
| Proveedor: SELECCION MEDICA, S.A. DE C.V. | No Requisición: PAC | R.F.C. SME-060522-818 No. Proveedor: 00089931 | Lugar de entrega: UMAE ESPECIALIDADES SONORA |
| Dirección: RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870 | Fecha de entrega: | Partida presupuestal: 0306 | Partida presupuestal: 21053001 |
| Proveedor: R.F.C. SME-060522-818 No. Proveedor: 00089931 | Descripción: | Cantidad Unidad | Importe Total |
| LEVOODOPA Y CARBIDOPA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: LEVOODOPA 250 MG | ENV | 750.00 | 42,750.00 |
| 1 | 040 000 265400 00 | CARBIDOPA 25 MG ENVASE CON 100 TABLETAS. | |
| | | Marca: CLOSONE | Procedencia: MEXICO |
| | | Tipo Presen: TAB | Cant Presen: 100 |
| | | SUB. TOTAL | \$ 42,750.00 |
| | | I.V.A. | \$ 0.00 |
| | | TOTAL | \$ 42,750.00 |
| | | (cuenta y dos mil setecientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) | |

Página 1

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Auxiliar del Control/Pedido | ING. JAVIER LEOPOLDO TREVINO FELIX | Jefe de Control/Pedido | Jefe de Departamento de Abastecimientos |
| Administrador del Contrato/Pedido | ING. JAVIER LEOPOLDO TREVINO FELIX | Mtro. FRANCISCO IVAN FLORES VIDOVICH | Mtro. FRANCISCO JAVER CASTILLO MOLINDRA. LESVIA CARMINA DEGAD BOJORQUEZ |
| Area Central de Contrato/Pedido | Area Requerimiento | Lic. FRANCISCO JAVER CASTILLO MOLINDRA. LESVIA CARMINA DEGAD BOJORQUEZ | Directora Administrativa |
| Representante Legal | Representante Legal | DR. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ | Directora Ramírez |
| | | | |



| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES # 2 | DIRECCION ADMINISTRATIVA |
| No. de Evento: AGYR037T197-24 | Numero de Sesión: | Fecha de Acuerdo: | "LIC. LUIS DONALDO COLOSO MURILLO" |
| Basjo el: Fracc Viat. 41 | No. Compranet | Fecha Terminación del Pedido: 27/09/2024 | "Dra. MARIA DEL CARMEN GARCIA RAMIREZ" |
| Elaboración: 18/09/2024 Impresión 18/09/2024 | Num. Dicamen Presup: S/N | No. de Pedido: D4P0667 | |
| Proveedor: SELECCION MEDICA, S.A. DE C.V. | FECHA DE ENTREGA: | 27/09/2024 | |
| Dirección: RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870 | FECHA DE ENTREGA: | 0306 | R.F.C. SME-060522-818 No. Proveedor: 00089931 |
| Partida presupuestal: 21053001 | Clasificación presupuestal: | U�idad solicitante: UMAE ESPECIALEDADES SONORA | Lugar de entrega: PROLONGACION HIDALGO E/HUISSAHUAY, |
| 3.4 Solo 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 FACULTACIÓN: | 3.4 Las partidas deberán describir los mismos artículos y la misma redacción del pedido, además mostrar claramente el número de pedido, número de revisión y partida presupuestal. | 4.2 Para efectos de pago, la fecha indicada en Condiciones de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera. |
| correspondientes, dependiendo de la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera. | 4.1 Las partidas deberán describir las mismas artículos y la misma redacción del pedido, además mostrar claramente el número de pedido, número de revisión y partida presupuestal. | 4.1 Las partidas deberán describir las mismas artículos y la misma redacción del pedido, además mostrar claramente el número de pedido, número de revisión en el Área de Finanzas | |

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Auxiliar del Contrato/Pedido | ING. JAVIER HEPOLDO TREVINO FELIX | Jefe DE OFNA DE CONTROL DEL ABSATO | Administrador del Contrato/Pedido |
| Area Contractante | LIC. FRANCISCO JAIEF CASTILLO MOLINDRA. LESVIA CARMINA DELGADO BODORGAEZ | Area Director Administrativo | JEFE DE DEPARTAMENTO DE BASES DE DATOS |
| Area Requierente | DR. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ | Directora Médica | Mtrs. FRANCISCO IVAN FLORES IDOVICH |
| Representante Legal | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL | REPRESENTANTE LEGAL |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|--|--|-------|-----|-----|--|--|-----|
| 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 REGAMENTO. | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE | | | | | | | | | | |
| CARGO | | | | | | | | | | |
| FIRMA DE CONFIRMACION | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="3">TELEFONO(S)</td> </tr> <tr> <td>FECHA</td> <td>DIA</td> <td>MES</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ANO</td> </tr> </table> | | TELEFONO(S) | | | FECHA | DIA | MES | | | ANO |
| TELEFONO(S) | | | | | | | | | | |
| FECHA | DIA | MES | | | | | | | | |
| | | ANO | | | | | | | | |
| EL REPRESENTANTE ACRÉDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | | UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD | | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES #2 | | LIC. LUIS DONALDO COLLOSO MUÑOZ ET. | | DIRECCION ADMINISTRATIVA | |
| No. de Evento AGYR037197-24 | | Número Acuerdo: | | Número de Sesión: | | Fechas de Acuerdo: | | Fechas Terminación del Pedido: 27/09/2024 | |
| AA-50-GYR-050GYR037-T-197-2024 | | No. Compranet | | No. de Pedido: D4P0667 | | Elaaboración: 18/09/2024 Impresión 18/09/2024 | | Lugar de entrega: PROLONGACION HIDALGO E/HUISHUAY, | |
| Proveedor: SELECTO MEDICA, S.A. DE C.V. | | No. Requisición: PAC | | Fechas de entrega: 27/09/2024 | | Partida presupuestal: 0306 | | R.F.C. SME-060522-818 No. Proveedor: 00089931 Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES SONORA | |
| Dirección RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870 | | Fechas de entrega: | | Circ. 27 Loc. 19 lnm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0 | | Número del Representante | | EN ESTE PEDIDO Y SE SUJETA A LAS DISPOSICIONES DEL SECTOR PUBLICO Y SU REGULAMIENTO. | |
| EL PROVEEDOR SE OBLIGA A ENTREGAR LOS BIENES EN LOS TERMINOS pactados | | OBSERVACIONES | | CARGO | | FIRMA DE CONFORMIDAD | | ARENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO Y SU REGULAMIENTO. | |
| EN ESTE PEDIDO Y SE SUJETA A LAS DISPOSICIONES DEL SECTOR PUBLICO Y SU REGULAMIENTO. | | NOMBRE DEL REPRESENTANTE | | JUAN JOSE Flores León Barren | | FIRMA DE CONFORMIDAD | | EL REPRESENTANTE ACRREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA | |
| | | CARACTERÍSTICAS | | FECHA | | 18 09 2024 | | # 17, 615 | |
| SE TESTA NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR. | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | TIPO | | MES | | AÑO | |
| 108, 113 FRACC. 1, Y 118 DE LA PLAZA POR CONSIDERARSE | | INFORMACION CONFIDENCIAL DE UNA PERSONAL | | FISICA IDENTIFICADA O INDENTIFICABLE Y CUYA DIFUSION | | PUEDDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA. | | JEFE DE CONTROL DEL ABSATO | |
| DE TESTA NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR. | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | INFORMATIVA | | AÑO | | JEFE DE OFNA. JEFE DE CONTROL DEL ABSATO | |
| | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | REQUERIMIENTO | | MES | | JEFE DE OFNA. JEFE DE CONTROL/PEDIDO AUXILIAR DEL CONTROL/CONTROL/PEDIDO | |
| 108, 113 FRACC. 1, Y 118 DE LA PLAZA POR CONSIDERARSE | | INFORMATIVA | | REPRESENTANTE Legal | | AÑO | | JEFE DE DEPARTAMENTO DE ABSATECIMIENTOS | |
| SE TESTA NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR. | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | REPRESENTANTE Legal | | MES | | DR. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ | |
| | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | REPRESENTANTE Legal | | AÑO | | DR. FRANCISCO IVAN FLORES VIDOVICH | |
| 108, 113 FRACC. 1, Y 118 DE LA PLAZA POR CONSIDERARSE | | INFORMATIVA | | REPRESENTANTE Legal | | MES | | DR. PATRICIA EMILIANA GARCIA RAMIREZ | |
| SE TESTA NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR. | | DE CONFIDENCIALIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ART. | | REPRESENTANTE Legal | | AÑO | | REPRESENTANTE Legal | |

