



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
AV. LOMAS VERDES NUM. 52, COL. STA. CRUZ ACATLAN  
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO, C.P. 53150  
TEL. 5373 93 36

|                               |                        |                                   |                           |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Número Acuerdo:               | <b>NO NECESAR</b>      | No. de Evento:                    | <b>50GYR071-N-39-2025</b> |
| Número de Sesión:             | <b>NO NECESAR</b>      | bajo el:                          | <b>Art 42 frac.</b>       |
| Fecha de Acuerdo:             | <b>01/01/2004</b>      | No. Compranet:                    |                           |
| Fecha Terminación del pedido: | <b>10/04/2025</b>      | <b>50-GYR-050GYR071-N-39-2025</b> |                           |
| Núm. Dictamen Presup:         | <b>0000057092-2025</b> | No. de Pedido:                    | <b>D5P0015</b>            |
|                               |                        | Elaboración:                      | <b>01/04/2025</b>         |
|                               |                        | Impresión                         | <b>01/04/2025</b>         |

|                     |                                                             |                              |                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Proveedor:          | CYO FACTORY, S.A. DE C.V.                                   | No Requisición:              | 1614350061125A019 |
| Dirección:          | CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590 | Fecha de entrega:            | 10/04/2025        |
|                     | CIUDAD DE MEXICO                                            | Partida presupuestal :       | 0611 21053004     |
| R.F.C.              | CFA -110909-BU8                                             | No. Proveedor :              | 00119588          |
| Unidad solicitante: | UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA LOMAS VERDES                 | Clasificación presupuestal : |                   |
| Lugar de entrega:   | AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ                           | Circ.                        | 16                |
|                     |                                                             | Loc.                         | 14                |
|                     |                                                             | Imn.                         | 01                |
|                     |                                                             | T.S.                         | 15                |
|                     |                                                             | E.                           | 0                 |
|                     |                                                             | U.                           | 20                |
|                     |                                                             | P.                           | 0                 |

| Partida | Clave del Artículo | Descripción                                                                                                                                                                                               | Cantidad | Unidad | Precio | Importe Total |
|---------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|--------|---------------|
| 1       | 35031601070601     | DETERGENTE EN POLVO, DE USO INDUSTRIAL, INSTITUCIONAL Y HOSPITALARIO, CUYAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEBEN CUMPLIR CON LA NMX-K-626-NORMEX-2008. BOLSA DE POLIETILENO TRANSPARENTE CALIBRE 300 MIN. PARA | 108      | BSA    | 460.00 | 49,680.00     |

Marca: CYO  
Procedencia: MEXICO  
Tipo Presen: KG.  
Cant Presen: 10

SUBTOTAL \$ 49,680.00  
I. V. A. \$ 7,948.80  
TOTAL \$ 57,628.80  
( cincuenta y siete mil seiscientos veintiocho pesos 80/100 M.N.)

|                                          |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--|
| Administrador del Pedido                 |  |  |  |  |
| LIC. MARÍA GUADALUPE GUTIERREZ RAYÓN     |  |  |  |  |
| JEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO |  |  |  |  |
| Comprador 1                              |  |  |  |  |
| LIC. MARIA DEL CARMEN BARRERA MARQUEZ    |  |  |  |  |
| ENCARGADA DE LA OFNA DE ADQUISICIONES    |  |  |  |  |
| Comprador 2                              |  |  |  |  |
| LIC. ENRIQUE ALBARRAN CASTILLO           |  |  |  |  |
| ENCARGADO DEL DEPTO DE ABASTECIMIENTO    |  |  |  |  |
| Requiriente                              |  |  |  |  |
| MTRO. DAVID SEMOINE LÓPEZ                |  |  |  |  |
| DIRECTOR ADMINISTRATIVO                  |  |  |  |  |
| Contratante                              |  |  |  |  |
| DR. GILBERTO EDUARDO MEZA REYES          |  |  |  |  |
| TIT. UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  |  |  |  |  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
AV. LOMAS VERDES NUM. 52, COL. STA. CRUZ ACATLAN  
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO, C.P. 53150  
TEL. 5373 93 36

|                               |                        |                |                                       |
|-------------------------------|------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Número Acuerdo:               | <b>NO NECESAR</b>      | No. de Evento: | <b>50GYR071-N-39-2025</b>             |
| Número de Sesión:             | <b>NO NECESAR</b>      | bajo el:       | <b>Art 42 frac.</b>                   |
| Fecha de Acuerdo:             | <b>01/01/2004</b>      | No. Comprasnet |                                       |
| Fecha Terminación del pedido: | <b>10/04/2025</b>      |                | <b>50-GYR-050GYR071-N-39-2025</b>     |
| Núm. Dictamen Presup:         | <b>0000057092-2025</b> | No. de Pedido: | <b>D5P0015</b>                        |
|                               |                        | Elaboración:   | <b>01/04/2025 Impresion01/04/2025</b> |

|                     |                                                                    |                             |                          |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Proveedor:          | <b>CYO FACTORY, S.A. DE C.V.</b>                                   | No Requisición:             | <b>1614350061125A019</b> |
| Dirección:          | <b>CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590</b> | Fecha de entrega:           | <b>10/04/2025</b>        |
|                     | <b>CIUDAD DE MEXICO</b>                                            | Partida presupuestal:       | <b>0611 21053004</b>     |
| R.F.C.              | <b>CFA -110909-BU8</b>                                             | No. Proveedor:              | <b>00119588</b>          |
| Unidad solicitante: | <b>UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA LOMAS VERDES</b>                 | Clasificación presupuestal: |                          |
| Lugar de entrega:   | <b>AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ</b>                           | Circ.                       | <b>16</b>                |
|                     |                                                                    | Loc.                        | <b>14</b>                |
|                     |                                                                    | Imn.                        | <b>01</b>                |
|                     |                                                                    | T.S.                        | <b>15</b>                |
|                     |                                                                    | E.                          | <b>0</b>                 |
|                     |                                                                    | U.                          | <b>20</b>                |
|                     |                                                                    | P.                          | <b>0</b>                 |

CON BASE AL OFICIO DE ADJUDICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AA-50-GYR-050GYR071-N-39-2025

|                                                  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|--|
| Administrador del Pedido                         |  |  |  |
| LIC. <del>MARIA GUADALUPE</del> GUTIERREZ RAYÓN  |  |  |  |
| JEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO         |  |  |  |
| Comprador 1                                      |  |  |  |
| LIC. <del>MARIA DEL CARMEN</del> BARRERA MARQUEZ |  |  |  |
| ENCARGADA DE LA OFNA DE ADQUISICIONES            |  |  |  |
| Comprador 2                                      |  |  |  |
| LIC. <del>ENRIQUE</del> ALBARRAN CASTILLO        |  |  |  |
| ENCARGADO DEL DEPTO DE ABASTECIMIENTO            |  |  |  |
| Requiente                                        |  |  |  |
| MIRKO <del>DAVID</del> JEMONE LOPEZ              |  |  |  |
| DIRECTOR ADMINISTRATIVO                          |  |  |  |
| Contratante                                      |  |  |  |
| DR. GILBERTO EDUARDO MEZA REYES                  |  |  |  |
| TIT. UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD          |  |  |  |



|                              |                                                             |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Proveedor:                   | CYO FACTORY, S.A. DE C.V.                                   |
| Dirección:                   | CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590 |
|                              | CIUDAD DE MEXICO                                            |
| R.F.C.                       | CFA -110909-BU8                                             |
| No. Proveedor :              | 00119588                                                    |
| Unidad solicitante:          | UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA LOMAS VERDES                 |
| Lugar de entrega:            | AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ                           |
|                              | Circ. 16                                                    |
|                              | Loc. 14                                                     |
|                              | Inm. 01                                                     |
|                              | T.S. 15                                                     |
|                              | E. 0                                                        |
|                              | U. 20                                                       |
|                              | P. 0                                                        |
| No Requisición:              | 1614350061125A019                                           |
| Fecha de entrega:            | 10/04/2025                                                  |
| Partida presupuestal :       | 0611                                                        |
| Clasificación presupuestal : | 21053004                                                    |

## 1.- DEL PEDIDO

- 1.1 Este pedido se sustenta en la coartada presentada por el proveedor mediante el Portal de Incumplimientos del IMSS.
  - 1.2 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a cumplirlo en el plazo, cantidad, lugar y condiciones de entrega señaladas en el mismo, así mismo deberá entregar el insumo acompañado de todas los documentales (remisión, certificados o cartas de vicios ocultos o canje) para poder otorgar el alta respectiva, por lo que cualquier aclaración sobre su contenido, deberá efectuarse por escrito ante el Departamento de Abastecimiento de la UMAE en un plazo máximo de 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 que se cumplan dichas condiciones, en ambos casos, el proveedor se hará acreedor a la sanción establecida en la cláusula 4.4 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 Para efectos del artículo 32.D del Código Federal de 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 El proveedor declara, bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno 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.
- Fiscal de la Federación y el Acuerdo ACDO SA1 HCT 101214/281 P DIR publicado en el DOF el 27 de febrero de 2015, reformado mediante ACQUERDO ACDO SA1 HCT 250315/62 P.D. dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a la autorización para modificar la Primera de las Reglas para la obtención de la opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social de fecha 25 de marzo de 2015, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de abril del mismo año.

- Administrador del Pedido

LIC. MARÍA GUADALUPE GUTIERREZ RAYÓN

JEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

Comptroller

~~Comprador 2~~

Requiriente

iente

### Contraianie

Contratante



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
AV. LOMAS VERDES NUM. 52, COL. STA. CRUZ ACATLAN  
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO, C.P. 53150  
TEL. 5373 93 36

|                               |                 |                            |                                 |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------|---------------------------------|
| Número Acuerdo:               | NO NECESAR      | No. de Evento:             | 50GYR071-N-39-2025              |
| Número de Sesión:             | NO NECESAR      | bajo el:                   | Art 42 frac.                    |
| Fecha de Acuerdo:             | 01/01/2004      | No. de Evento:             |                                 |
| Fecha Terminación del pedido: | 10/04/2025      | 50-GYR-050GYR071-N-39-2025 |                                 |
| Núm. Dictamen Presup:         | 0000057092-2025 | No. de Pedido:             | D5P0015                         |
|                               |                 | Elaboración:               | 01/04/2025 Impresion 01/04/2025 |

|                     |                                                             |                              |                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Proveedor:          | CYO FACTORY, S.A. DE C.V.                                   | No Requisición:              | 1614350061125A019 |
| Dirección:          | CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590 | Fecha de entrega:            | 10/04/2025        |
| R.F.C.              | CFA -110909-BU8 No. Proveedor : 00119588                    | Partida presupuestal :       | 0611 21053004     |
| Unidad solicitante: | UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia LOMAS VERDES                 | Clasificación presupuestal : |                   |
| Lugar de entrega:   | AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ                           | Circ.                        | 16                |
|                     |                                                             | Loc.                         | 14                |
|                     |                                                             | Imm.                         | 01                |
|                     |                                                             | T.S.                         | 15                |
|                     |                                                             | E.                           | 0                 |
|                     |                                                             | U.                           | 20                |
|                     |                                                             | P.                           | 0                 |

...necesaria. Esta documentación deberá estar completa a fin de que sea autorizada la recepción de los bienes en la Delegación o UMAE de destino en donde, de ser el caso, le sellarán de recibido en el original de la remisión.

3.3 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a la entrega de cada uno de los remisiones por la cantidad determinada, precisamente en el lugar indicado, a más tardar en la fecha señalada y con las especificaciones requeridas.

3.4 Los medicamentos podrán ser entregados en presentación empaque sector salud o en presentación comercial, con sello o sobreimpresión con la clave del Sector Salud, en tratándose de aquellos medicamentos que aún se denominen como "genéricos intercambiables" deberán contener la simbología G.L. de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1, vigente.

3.5 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 cambiar, 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 GARANTIA 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 LAAASP 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 el proveedor no otorgue la garantía, 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 600 (seiscientos) días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, 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 constata 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.

5. PENAS CONVENCIONALES

5.1 "EL INSTITUTO" aplicará una pena convencional por atraso en la entrega de los bienes, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, en cada uno de los supuestos siguientes:

- a) Cuando "El Licitante y/o Oferente" no entregue los bienes que le hayan sido requeridos, dentro de los diez días naturales posteriores a la fecha de emisión del contrato-pedido correspondiente, se le aplicará el 20% sobre el valor total de lo incumplido sin incluir el IVA.
- b) Cuando "El Licitante y/o Oferente" entregue los bienes que le hayan sido requeridos, después de los diez días naturales posteriores a la fecha de emisión del contrato-pedido correspondiente, se le aplicará el 20% sobre el valor total de lo incumplido sin incluir el IVA, con base al artículo 96 Tercer Párrafo del Reglamento de la LAAASP.

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.

6.- DEDUCTIVAS

- 6.1 El Instituto aplicará una deducción del 10% por el total de los bienes reportados con fallas o deficiencias de calidad y/o por no sustituirlos dentro de las 72 horas siguientes al reporte.
- 7.- DE LA FACTURACION
- 7.1 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.
- 7.2 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 1 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 aquel en el que se concluya el "Periodo mensual de entrega de bienes" en el que

|                                          |                                      |             |                                       |             |                                       |           |                                                    |             |                                                                         |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Administrador del Pedido                 | LIC. MARÍA GUADALUPE GUTIERREZ RAYÓN | Comprador 1 | LIC. MARIA DEL CARMEN BARRERA MARQUEZ | Comprador 2 | LIC. ENRIQUE ALBARRAN CASTILLO        | Requiente | MIKO DAVID DOMINGUEZ LOPEZ DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Contratante | DR. GILBERTO EDUARDO MEZA REYES TIT. UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD |
| JEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO |                                      |             | ENCARGADA DE LA OFNA DE ADQUISICIONES |             | ENCARGADO DEL DEPTO DE ABASTECIMIENTO |           |                                                    |             |                                                                         |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
AV. LOMAS VERDES NUM. 52, COL. STA. CRUZ ACATLAN  
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO, C.P. 53150  
TEL. 5373 93 36

|                               |                        |                                   |                           |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Número Acuerdo:               | <b>NO NECESAR</b>      | No. de Evento:                    | <b>50GYR071-N-39-2025</b> |
| Numero de Sesión:             | <b>NO NECESAR</b>      | bajo el:                          | <b>Art 42 frac.</b>       |
| Fecha de Acuerdo:             | <b>01/01/2004</b>      | No. de Evento:                    |                           |
| Fecha Terminación del pedido: | <b>10/04/2025</b>      | <b>50-GYR-050GYR071-N-39-2025</b> |                           |
| Núm. Dictamen Presup:         | <b>0000057092-2025</b> | No. de Pedido:                    | <b>D5P0015</b>            |
|                               |                        | Elaboración:                      | <b>01/04/2025</b>         |
|                               |                        | Impresion                         | <b>01/04/2025</b>         |

|                     |                                                                    |                             |                          |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Proveedor:          | <b>CYO FACTORY, S.A. DE C.V.</b>                                   | No Requisición:             | <b>1614350061125A019</b> |
| Dirección:          | <b>CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590</b> | Fecha de entrega:           | <b>10/04/2025</b>        |
|                     | <b>CIUDAD DE MEXICO</b>                                            | Partida presupuestal:       | <b>0611</b>              |
|                     | <b>R.F.C. CFA -110909-BU8</b>                                      | No. Proveedor:              | <b>00119588</b>          |
| Unidad solicitante: | <b>UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA LOMAS VERDES</b>                 | Clasificación presupuestal: | <b>21053004</b>          |
| Lugar de entrega:   | <b>AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ</b>                           | Circ.                       | <b>16</b>                |
|                     |                                                                    | Loc.                        | <b>14</b>                |
|                     |                                                                    | Imm.                        | <b>01</b>                |
|                     |                                                                    | T.S.                        | <b>15</b>                |
|                     |                                                                    | E.                          | <b>0</b>                 |
|                     |                                                                    | U.                          | <b>20</b>                |
|                     |                                                                    | P.                          | <b>0</b>                 |

ha ya efectuado la entrega objeto de este pedido.  
7.3 Acepta de conformidad con lo establecido en el artículo 40 b. último párrafo de la Ley del Seguro Social, por cuanto al pago de cuotas obrero patronales, por lo que solicita a "EL INSTITUTO" se le descuenten con motivo del presente instrumento jurídico, como pago de los adeudos que en su caso tuviere con "EL INSTITUTO", por concepto de cuotas obrero patronales

|                                           |                                       |                             |                                         |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| Administrador del Pedido                  |                                       |                             |                                         |
| LIC. MARIA GUADALUPE GUTIERREZ RAYÓN      |                                       |                             |                                         |
| JEEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO |                                       |                             |                                         |
| Comprador 1                               | Comprador 2                           | Requiente                   | Contratante                             |
| LIC. MARIA DEL CARMEN BARRERA MARQUEZ     | LIC. ENRIQUE ALBARAN CASTILLO         | M. RO. DAVIR JEMONINE LÓPEZ | DR. GILBERTO EDUARDO MEZA REYES         |
| ENCARGADA DE LA OFNA DE ADQUISICIONES     | ENCARGADO DEL DEPTO DE ABASTECIMIENTO | DIRECTOR ADMINISTRATIVO     | TIT. UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
AV. LOMAS VERDES NUM. 52, COL. STA. CRUZ ACATLAN  
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. DE MEXICO, C.P. 53150  
TEL. 5373 93 36

|                               |                        |                                                            |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|
| Número Acuerdo:               | <b>NO NECESAR</b>      | No. de Evento: <b>50GYR071-N-39-2025</b>                   |
| Número de Sesión:             | <b>NO NECESAR</b>      | bajo el: <b>Art 42 frac.</b>                               |
| Fecha de Acuerdo:             | <b>01/01/2004</b>      | No. Compratnet                                             |
| Fecha Terminación del pedido: | <b>10/04/2025</b>      | <b>50-GYR-050GYR071-N-39-2025</b>                          |
| Núm. Dictamen Presup:         | <b>0000057092-2025</b> | No. de Pedido: <b>D5P0015</b>                              |
|                               |                        | Elaboración: <b>01/04/2025</b> Impresion <b>01/04/2025</b> |

|                                                                               |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proveedor: <b>CYO FACTORY, S.A. DE C.V.</b>                                   | No Requisición: <b>1614350061125A019</b>                                                          |
| Dirección: <b>CALLE DARWIN NUM. 68 DESP. 303 ANZUREZ MIGUEL HIDALGO 11590</b> | Fecha de entrega: <b>10/04/2025</b>                                                               |
| <b>CIUDAD DE MEXICO</b>                                                       | Partida presupuestal: <b>0611</b>                                                                 |
| R.F.C. <b>CFA -110909-BU8</b> No. Proveedor: <b>00119588</b>                  | Clasificación presupuestal: <b>21053004</b>                                                       |
| Unidad solicitante: <b>UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia LOMAS VERDES</b>        |                                                                                                   |
| Lugar de entrega: <b>AV. LOMAS VERDES, COL. SANTA CRUZ</b>                    | Circ. <b>16</b> Loc. <b>14</b> Imn. <b>01</b> T.S. <b>15</b> E. <b>0</b> U. <b>20</b> P. <b>0</b> |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| 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<br><b>Jorge Melvean Castro Solis</b>                                                                                                                                                   |                                                            |               |
| CARGO<br><b>Representante Legal</b>                                                                                                                                                                             |                                                            |               |
| FIRMA DE CONFORMIDAD<br>                                                                                                                                                                                        | TELEFONO(S)<br><b>44 35 74 73 86</b>                       |               |
|                                                                                                                                                                                                                 | FECHA<br><b>04</b> MES<br><b>01</b> DIA<br><b>2025</b> AÑO |               |
| EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA<br><b>Poder Notarial 51365</b>                                                                                                      |                                                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |               |

|                                                                         |                                       |                          |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Administrador del Pedido<br><b>LIC. MARIA GUADALUPE GUTIERREZ RAYÓN</b> |                                       |                          |                                         |
| JEFA DE LA OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO                                |                                       |                          |                                         |
| Comprador 1<br>                                                         | Comprador 2<br>                       | Requiriente<br>          | Contratante<br>                         |
| LIC. MARIA DEL CARMEN BARRERA MARQUEZ                                   | LIC. ENRIQUE ALBARRAN CASTILLO        | MTRO. DAVID LEMONE LÓPEZ | DR. GILBERTO EDUARDO MEZA REYES         |
| ENCARGADA DE LA UNTA DE ADQUISICIONES                                   | ENCARGADO DEL DEPTO DE ABASTECIMIENTO | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVO | TIT. UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD |