



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL SUR  
 UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo: **IA050GYR091E175**  
 Número de Sesión: **bajo el: Fracc V art. 41**  
 Fecha de Acuerdo: **No. Compranet: IA-050GYR091-E175-2022**  
 Fecha Terminación del pedido: **30/12/2022**  
 No. de Pedido: **D2P0319**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**  
 Elaboración: **20/12/2022** Impresion 21/12/2022

Proveedor: **FARMACEUTICOS MAYPO, S. A. DE C. V.**

Dirección: **CALZ. VIADUCTO TLALPAN NUM. 3222 VIEJO EJIDO DE STA. URSULA COAPA COYOACAN 04980**

R.F.C. **FMA-930118-1B1** No. Proveedor: **00035933**

Unidad solicitante: **UMAЕ TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia PUEBLA**

Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**

Partida **Clave del Artículo**

Descripción

Cantidad Unidad Precio Importe Total

1 010 000 6019 00 00 HIALURONATO DE SODIO. SOLUCION INYECTABLE CADA JERINGA PRELLENADA 95 ENV 643.50 61,132.50  
 CONTIENE: HIALURONATO DE SODIO 25 MG. ENVASE CON UNA JERINGA PRELLENADA CON 2.5 ML.

Marca: **SUPRAHYAL**

Tipo Present: **JGA**

Procedencia: **ESPAÑA**

Cant Present: **1**

( sesenta y un mil ciento treinta y dos pesos 50/100 M.N.)

SUB. TOTAL \$ 61,132.50  
 I. V. A. \$ 0.00  
 TOTAL \$ 61,132.50

L. FLORES  
 ASESOR  
 993-22905  
 PUEBLA

Administrador del Pedido  
 NOMBRE *[Firma]*  
 CARGO *[Firma]*

Area Contratante  
 LIC. ARTURO DAMAZO CESAR  
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Representante Legal  
 DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES  
 DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA

Area Requiriente  
 DR. NICOLAS MANILA TEZAMA  
 DIRECTOR MEDICO





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION REGIONAL SUR**  
**UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA**  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:	No. de Evento: IA050GYR091E175
Número de Sesión:	bajo el: Fracc V art. 41
Fecha de Acuerdo:	No. de Compras: IA-050GYR091-E175-2022
Fecha Terminación del pedido: 30/12/2022	No. de Pedido: D2P0319
Núm. Dictamen Presup: S/N	Elaboración: 20/12/2022 Impresión 21/12/2022

**Proveedor: FARMACEUTICOS MAYPO, S. A. DE C. V.**

**Dirección: CALZ. VIADUCTO TLALPAN NUM. 3222 VIEJO EJIDO DE STA. URSULA COAPA COYOACAN 04980**

**R.F.C. FMA -930118-1B1 No. Proveedor : 00035933**

**Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**

**Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**

**Circ. 22 Loc. 14 Imn. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0**

**No Requisición: PAC**

**Fecha de entrega: 30/12/2022**

**Partida presupuestal : 0301 21053001**

**Clasificación presupuestal :**

**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 parágrafo anterior, no será necesario otorgar la garantía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 48 de la LAASSF 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 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 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 10% 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 resigne 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 (1) 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 aquel en el que se concluya el periodo mensual de entrega de bienes, en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

L.E.

Aniceta  
 Proveedor  
 IMSS U.M. de H.T.O. PUEBLA

<b>Administrador del Pedido</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Area Contabilante</b>	<b>Representante Legal</b>	<b>Area Requiriente</b>
	<b>CARGO</b>			
	<i>Maria Catalina</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
<b>Area Contratante</b>	<b>Area Contabilante</b>	<b>Representante Legal</b>	<b>Area Requiriente</b>	
<b>MTR. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA</b>	<b>LIC. ARTURO DAMAZO CESAR</b>	<b>DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES</b>	<b>DR. NICOLAS MANILLA LEZAMA</b>	
<b>JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO</b>	<b>JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES</b>	<b>DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA</b>	<b>DIRECTOR MEDICO</b>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL SUR  
 UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA  
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:   
 Número de Sesión:   
 Fecha de Acuerdo:   
 Fecha Terminación del pedido: **30/12/2022**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **IA050GYR091E175**  
 bajo el: **Frac V art. 41**  
 No. Compraventa: **050GYR091-E175-2022**  
 No. de Pedido: **D2P0319**  
 Elaboración: **20/12/2022** Impresion **21/12/2022**

**Proveedor: FARMACEUTICOS MAYPO, S. A. DE C. V.**  
**Dirección CALZ. VIADUCTO TLALPAN NUM. 3222 VIEJO EJIDO DE STA. URSULA**  
**COAPA COYOACAN 04980**  
**R.F.C. FMA -930118-1B1 No. Proveedor : 00035933**  
**Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**  
**Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**      **Circ. 22**      **Loc. 14**      **Imn. 01**      **T.S. 15**      **E. 0**      **U. 20**      **P. 0**

**No Requisición: PAC**  
**Fecha de entrega: 30/12/2022**  
**Partida presupuestal : 0301**      **21053001**  
**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**  
*Roberto Gonzalez Cruz*

**CARGO**  
*Responsable de las compras*

**FIRMA DE CONFORMIDAD**  
*[Firma]*

**TELEFONO(S)**

FECHA	DIA	MES	AÑO
	<i>20</i>	<i>12</i>	<i>2022</i>

**EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA**  
*Esc. Pub. No. 35,383*

**OBSERVACIONES**

*[Firma]*  
 L.E. OJEDA MORALES CARLOS FRANCISCO  
 Representante Legal  
 IMSS  
 U.M.A.E. HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA

**Administrador del Pedido**  
**NOMBRE**  
**CARGO**  
*Juan Felipe*

**Area Contratante**  
**Area Contratante**  
**JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES**  
*[Firma]*

**Representante Legal**  
**DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES**  
**DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA**

**Area Requiriente**  
**DR. NICOLAS MANILLA LEZAMA**  
**DIRECTOR MEDICO**