



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: 1A050GYR091T28  
 Número de Sesión: bajo el: Fracción II Art. 41  
 Fecha de Acuerdo: No. Comprasnet: 1A50GYR-050GYR09-T28  
 Fecha Terminación del pedido: 22/04/2023 No. de Pedido: D3P0040  
 Núm. Diclaman Presup: S/N Elaboración: 12/04/2023 Impresion 12/04/2023

Proveedor: MEDICA BESSER, S.A. DE C.V.

Dirección: DIVISION DEL NORTE 313 FRANCISCO VILLA MONTERREY 66430

No Requisición: PAC  
 Fecha de entrega: 22/04/2023  
 Partida presupuestal: 0416 21053002

R.F.C. MBE -140411-JZ1 No. Proveedor: 00129816  
 Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia PUEBLA  
 Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA  
 Clasificación presupuestal:

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Circ.	Loc.	Imn.	T.S.	E.	U.	P.	0	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	070 581 01090101	MEDIOS DE CONTRASTE HIDROSOLUBLES NO IONICOS. EN CONCENTRACION DE 300 A 320 MG /ML IOVERSOL, IOPAMIDOL, IOHEXOL, IOPROMIDA, IOBITRIDOL, IODIXANOL. FRASCO CON	22	14	01	15	0	20	0		20	FCO	771.43	15,428.60
		Marca: JUSTESA IMAGEN MEXICANA Procedencia: ESTADOS UNIDOS												
		Tipo Presen: FCO Cant Presen: 1												
2	070 581 01410101	MEDIOS DE CONTRASTE HIDROSOLUBLES NO IONICOS EN CONCENTRACION DE 350 A 370 MG /ML IOVERSOL, IOPAMIDOL, IOHEXOL, IOPROMIDA, IOBITRIDOL. FRASCO CON 50 ML.									40	FCO	828.57	33,142.80
		Marca: JUSTESA IMAGEN MEXICANA Procedencia: ESTADOS UNIDOS												
		Tipo Presen: ML. Cant Presen: 50												
3	070 581 01580101	MEDIOS DE CONTRASTE HIDROSOLUBLES NO IONICOS EN CONCENTRACION DE 350 A 370 MG /ML IOVERSOL, IOPAMIDOL, IOHEXOL, IOPROMIDA, IOBITRIDOL. FRASCO CON 100 ML.									20	FCO	1,271.43	25,428.60
		Marca: LABORATORIOS LAFON Procedencia: ITALIA												
		Tipo Presen: ML. Cant Presen: 100												

Administrador del Pedido  
 NOMBRE  
 CARGO

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 MANILLA LEZAMA  
 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

No. de Evento: **IA050GYR091T28**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet: **IA50GYR-050GYR09-T28**  
 No. de Pedido: **D3P0040**  
 Elaboración: **12/04/2023** Impresion **12/04/2023**

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **22/04/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

Proveedor: **MEDICA BESSER, S.A. DE C.V.**

Dirección: **DIVISION DEL NORTE 313 FRANCISCO VILLA MONTERREY 66430**

No Requisición: **PAC**  
 Fecha de entrega: **22/04/2023**  
 Partida presupuestal : **0416** **21053002**

R.F.C. **MBE -140411-JZ1** No. Proveedor : **00129816**  
 Unidad solicitante: **UMAЕ TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**  
 Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA** Clasificación presupuestal :

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
4	080 081 0236 01 01	LECTINA ANTI A1 (FITOAGLUTININA A1) PARA DETERMINACION DE GRUPO A1 FRASCO DE 2 ML. RTC.	2	FCO	429.00	858.00
		Marca: <b>LABORATORIOS LAFON</b>				
		Procedencia: <b>MEXICO</b>				
		Tipo Presen: <b>FCO</b>				
		Cant Presen: <b>1</b>				

( ochenta y seis mil ochocientos treinta y cinco pesos 28/100 M.N.)

SUB. TOTAL \$ **74,858.00**  
 I. V. A. \$ **11,977.28**  
 TOTAL \$ **86,835.28**

Administrador del Pedido NOMBRE CARGO <i>Juan Alberto</i>	Area Contratante LIC. ARIURO DAMAZO CESAR JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	Representante Legal DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA	Area Requiriente DR. NICOLAS MANU LA LEZAMA DIRECTOR MEDICO
Area Contratante MTR. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO			





**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: IA050GYR091T28
Número de Sesión:	bajo el: Fracción II Art. 41
Fecha de Acuerdo:	No. Compras: IA50GYR-050GYR09-T28
Fecha Terminación del pedido: 22/04/2023	No. de Pedido: D3P0040
Núm. Dictamen Presup: S/N	Elaboración: 12/04/2023 Impresión 12/04/2023

**Proveedor: MEDICA BESSER, S.A. DE C.V.**  
**Dirección: DIVISION DEL NORTE 313 FRANCISCO VILLA MONTERREY 66430**  
**R.F.C. MBE -140411-JZ1 No. Proveedor : 00129816**  
**Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**  
**Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**

**Fecha de entrega: 22/04/2023**  
**Partida presupuestal : 0416**  
**Clasificación presupuestal : 21053002**

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

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 170% (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 (PBI), 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 UMAs 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.

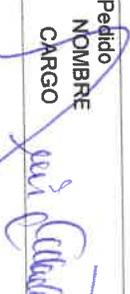
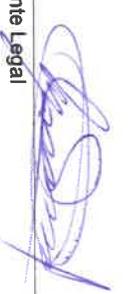
En este caso, la verificación del cumplimiento del contrato por parte del Instituto deberá hacerse a más tardar el tercer día hábil posterior a aquel en que el proveedor de aviso de la entrega de los bienes objeto del presente contrato.

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 inconstancia 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 ¿Período 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 y UMAE de destino, a partir del día 5 del mes siguiente a aquel en el que se concluya el ¿Período mensual de entrega de bienes?, en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

  
 General Supervisor IMSS  
 U.M.A.E. HTO. PUEBLA

Administrador del Pedido <b>NOMBRE</b> CARGO	Ará Contrátante	Representante Legal	Area Requiriente
 CARGO	 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	 DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA	 DR. NICOLAS MANILLA LEZAMA DIRECTOR MEDICO
Area Contratante MTRO. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO	H.C. ARTURO DAMAZO CESAR JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES		



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: **22/04/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **IA050GYR091T28**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compraventa: **A50GYR-050GYR09-T28**  
 No. de Pedido: **D3P0040**  
 Elaboración: **12/04/2023** Impresion 12/04/2023

Proveedor: **MEDICA BESSER, S.A. DE C.V.**

Dirección **DIVISION DEL NORTE 313 FRANCISCO VILLA MONTERREY 66430**

R.F.C. **MBE -140411-JZ1** No. Proveedor: **00129816**

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

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

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

No Requisición: **PAC**

Fecha de entrega: **22/04/2023**

Partida presupuestal: **0416** 21053002

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

*Francisco Javier Luna Suarez*

CARGO

*Representante legal*

FIRMA DE CONFORMIDAD

*Juan Paez*

TELEFONO(S)

FECHA

DIA	MES	AÑO
<i>12</i>	<i>04</i>	<i>23</i>

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

OBSERVACIONES



General Directorate of Administrative Services  
 IMSS  
 Blvd. de la Independencia, s/n  
 P.O. Box 31220  
 Puebla, Pue.  
 71500

Administrador del Pedido

NOMBRE

*Juan Alberto Moreno Espinosa*

CARGO

Area Contratante  
**MTR. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA**  
 JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Area Contratante

*Arturo Damazo Cesar*  
**LIC. ARTURO DAMAZO CESAR**  
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Representante Legal

*Carlos Francisco Morales Flores*  
**DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES**  
 DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA

Area Requiriente

*Nicolas Manilla Lezama*  
**DR. NICOLAS MANILLA LEZAMA**  
 DIRECTOR MEDICO