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: **IA050GYR091T87**
Número de Sesión:	bajo el: **Fracc V art. 41**
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet:
Fecha Terminación del pedido: **07/10/2023**	**IA-50-GYR-050GYR091-T-87-2023**
Núm. Dictamen Presup: **S/N**	No. de Pedido: **D3P0153**
	Elaboración: **27/09/2023** Impresion 27/09/2023

Proveedor: **HI-TEC MEDICAL DEL SUR, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **AV. 29 PONIENTE # 2508 BENITO JUAREZ PUEBLA 72410**

Fecha de entrega: **07/10/2023**

Partida presupuestal : **0401** **21053002**

R.F.C. **HTM -060529-2U3** **No. Proveedor :** **00089690**

Clasificación presupuestal :

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

Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBL.ICA** Circ. **22** Loc. **14** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
2	060 168 9896 11 01	SONDAS. GASTROINTESTINALES DESECHABLES Y CON MARCA RADIOPACA. TIPO: LEVIN. CALIBRE: 14 FR. PIEZA. Marca: VISA Procedencia: MEXICO	83 Tipo Presen: PZA Cant Presen: 1	PZA	11.54	957.82
1	060 953 2866 12 01	VENDAS. ELASTICAS DE TEJIDO PLANO ; DE ALGODON CON FIBRAS SINTETICAS. LONGITUD: 5 M ANCHO: 10 CM. ENVASE CON 12 PIEZAS. Marca: QUIRMEX Procedencia: MEXICO	666 Tipo Presen: PZA Cant Presen: 12	ENV	80.86	53,852.76

Gabriel García Sainz
Analista y Supervisor IMSS
Mat. 11220284
U.M.A.E. H.T.O. PUEBLA

INSTITUTO MEXICANQ 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: **IA050GYR091T87**
Número de Sesión:	bajo el: **Fracc V art. 41**
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet:
Fecha Terminación del pedido: **07/10/2023**	**IA-50-GYR-050GYR091-T-87-2023**
Núm. Dictamen Presup: **S/N**	No. de Pedido: **D3P0153**
	Elaboración: **27/09/2023** Impresion 28/09/2023

Proveedor: **HI-TEC MEDICAL DEL SUR, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **AV. 29 PONIENTE # 2508 BENITO JUAREZ PUEBLA 72410**

Fecha de entrega: **07/10/2023**

Partida presupuestal : **0401** **21053002**

R.F.C. **HTM -060529-2U3** **No. Proveedor :** **00089690**

Clasificación presupuestal :

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

Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBL.ICA** Circ. **22** Loc. **14** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total

SUB. TOTAL	**$**	**54,810.58**
I. V. A.	**$**	**8,769.69**
TOTAL	**$**	**63,580.27**

(sesenta y tres mil quinientos ochenta pesos 27/100 M.N.)

Daniel García Salinas
Analista Supervisor IMSS
Mat. 31122[illegible]84
U.M.A.E. HTO. PUEBLA

Administrador del Pedido	Area Contratante	Area Contratante	Representante Legal	Area Requirente
NOMBRE CARGO	MTRO. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO	LIC. ARTURO DAMAZO CESAR JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA	DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO ENC. 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: **IA050GYR091T87**
Número de Sesión:	bajo el: **Fracc V art. 41**
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: **07/10/2023**	**IA-50-GYR-050GYR091-T-87-2023**
Núm. Dictamen Presup: **S/N**	No. de Pedido: **D3P0153**
	Elaboración: **27/09/2023** Impresion 27/09/2023

Proveedor: HI-TEC MEDICAL DEL SUR, S.A. DE C.V.

No Requisición: PAC

Dirección: AV. 29 PONIENTE # 2508 BENITO JUAREZ PUEBLA 72410

Fecha de entrega: 07/10/2023

Partida presupuestal : 0401 21053002

R.F.C. HTM -060529-2U3 No. Proveedor : 00089690

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBL.ICA Circ. **22** Loc. **14** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

CLAUSULAS PARA PEDIDOS BUO

1.- DEL PEDIDO
1.1 Este pedido se sustenta en la cotización presentada por el proveedor mediante la Bolsa Única de Ofertas del IMSS.
1.2 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a surtirlo en el plazo, cantidad, lugar y condiciones de entrega señaladas en el mismo, por lo que cualquier aclaración sobre su contenido, deberá efectuarse por escrito ante la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios 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 En caso de aplicar, para efectos del artículo 32 D del Código Fiscal de la 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 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor.
1.8 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.
1.9 El proveedor se obliga a dar las facilidades necesarias para que las Dependencias del Sector Público Federal ejerzan las funciones que les concede la LAASSP y su Reglamento.

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.
La reposición de los bienes será solicitada por la Delegación o Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) destinataria de los bienes, obligándose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 48 horas a partir de que reciba la notificación correspondiente.
2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá efectuar pruebas sobre la calidad de los bienes, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas, lo cual se hará del conocimiento del OIC en el IMSS en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 60 de la LAASSP.
2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los 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 deberá entregar los bienes solicitados, en el plazo señalado en la cláusula 1.2 de este pedido, siempre en una sola exhibición y no se aceptarán entregas menores al 60% de la cantidad solicitada en los pedidos.
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 original y copia de la misma al presentarse a realizar la entrega de los bienes, acompañando los siguientes documentos: copia del registro sanitario y el informe analítico del lote a entregar emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante. 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 renglones por la cantidad determinada, precisamente en el lugar indicado, a más tardar en la fecha señalada y con las especificaciones requeridas.

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 **IA050GYR091T87**
Número de Sesión:	bajo el: **Fracc V art. 41**
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet **IA-50-GYR-050GYR091-T-87-2023**
Fecha Terminación del pedido: **07/10/2023**	No. de Pedido: **D3P0153**
Núm. Dictamen Presup: **S/N**	Elaboración: **27/09/2023** Impresion 27/09/2023

Proveedor: **HI-TEC MEDICAL DEL SUR, S.A. DE C.V.**
No Requisición: **PAC**
Dirección **AV. 29 PONIENTE # 2508 BENITO JUAREZ PUEBLA 72410**
Fecha de entrega: **07/10/2023**
Partida presupuestal : **0401** **21053002**
R.F.C. **HTM -060529-2U3** **No. Proveedor :** **00089690**
Clasificación presupuestal :
Unidad solicitante: **UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**
Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBL.ICA** Circ. **22** Loc. **14** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Se elimina nombre, firma, teléfono y cargo, por considerarse información confidencial de una persona física identificada o identificable y cuya difusión puede afectar a la esfera privada de la misma. Lo anterior de conformidad con los artículos 108, 113 fracción I y 118 de la LFTAIP.

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 [redacted]

CARGO [redacted]

FIRMA DE CONFORMIDAD [redacted]

TELEFONO(S) [redacted]

FECHA	DIA	MES	AÑO
	27	09	2023

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

Poder Notarial 27,165

OBSERVACIONES

Graciela García Sainos
Analista Supervisor
Mat. 3[illegible]220284
U.M.A.E. H.T.O. PUEBLA

Administrador del Pedido
NOMBRE
CARGO

Area Contratante	Area Contratante	Representante Legal	Area Requirente
MTRO. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO	LIC. ARTURO DAMAZO CESAR JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES DIRECTOR MEDICO UMAE HTO PUEBLA	DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO ENC. DIRECTOR MEDICO