



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DEL. REGIONAL VERACRUZ SUR
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DE ABASTEC. Y EQUIPAMIENTO
 DEPTO. DE ADQUISICION DE B. Y CONT. DE SERVS.

Número Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **23/11/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA050GYR022T391**
 bajo el: **Fracc V art. 41**
 No. Compranet:
AA-50-GYR-050GYR022-T-391-23
 No. de Pedido: **D3P1217**
 Elaboración: **13/11/2023** Impresion 13/11/2023

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección: CALLE SANTA BEATRIZ NUM 1249 SANTA MARIA GUADALAJARA 44350

Fecha de entrega: 23/11/2023

R.F.C. GHC -130924-B82 No. Proveedor : 00127627

Partida presupuestal : 0401 21053002

Unidad solicitante: ALMACÉN DELEGACIONAL EN VERACRUZ SUR

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: AV. VERACRUZ NO 56 ESQ. NORTE 22, COL. Circ. 32 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	060 168 6645 1301	CATETERES. PARA VENOCLISIS. DE FLUOROPOLIMEROS (POLITETRAFLUORETILENO FLUORETILENPROPILENO Y ETILENTRIFLUORETILENO) O POLIURETANO RADIOPACO CON AGUJA. LONGITUD: 28-34 MM CALIBRE: 18 G. ENVASE CON 50 PIEZAS. *PARA LA ADQUISICION DE ESTAS CLAVES DEBERA AC	325	ENV	239.99	77,996.75
		Marca: INCATH/DLP			Tipo Presen: PZA	
		Procedencia: MEXICO			Cant Presen: 50	
2	060 168 6660 1201	CATETERES. PARA VENOCLISIS. DE FLUOROPOLIMEROS (POLITETRAFLUORETILENO FLUORETILENPROPILENO Y ETILENTRIFLUORETILENO) O POLIURETANO RADIOPACO CON AGUJA. LONGITUD: 28-34 MM CALIBRE: 20 G. ENVASE CON 50 PIEZAS. *PARA LA ADQUISICION DE ESTAS CLAVES DEBERA AC	260	ENV	239.99	62,397.40
		Marca: INCATH/DLP			Tipo Presen: PZA	
		Procedencia: MEXICO			Cant Presen: 50	

Area Contratante

ADMINISTRADOR DEL PEDIDO
 L.A.E. LORENZA BONILLA CERVANTES
 TIT. COORD. DE ABAST. Y EQ.

Area Contratante
 LIC. BEATRIZ SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
 TIT. DEPTO. DE ADQ. DE BNS. Y SERVS.

Area Contratante
 LIC. TERESA DE JESUS OSEGUERA AGUILERA
 TIT. DE JEFATURA DE SERVS. ADMVS.

Representante Legal
 DRA. MARIA MAGDALENA CHIQUITO RIVERA
 TOOAD REGIONAL VERACRUZ SUR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DEL. REGIONAL VERACRUZ SUR
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DE ABASTEC. Y EQUIPAMIENTO
 DEPTO. DE ADQUISICION DE B. Y CONT. DE SERVS.

Número Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **23/11/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA050GYR022T391**
 bajo el: **Fracc V art. 41**
 No. Compranet
AA-50-GYR-050GYR022-T-391-23
 No. de Pedido: **D3P1217**
 Elaboración: **13/11/2023** Impresion 13/11/2023

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, SA DE CV	No Requisición: PAC
Dirección: CALLE SANTA BEATRIZ NUM 1249 SANTA MARIA GUADALAJARA 44350	Fecha de entrega: 23/11/2023
R.F.C. GHC -130924-B82 No. Proveedor : 00127627	Partida presupuestal : 0401 21053002
Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN VERACRUZ SUR	Clasificación presupuestal :
Lugar de entrega: AV. VERACRUZ NO 56 ESQ. NORTE 22, COL.	Circ. 32 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

CLAUSULAS PARA PEDIDOS DEL PORTAL DE AUTORIZACIONES DE COMPRA

- DEL PEDIDO
 - Este pedido se sustenta en la cotización presentada por el proveedor para asignación mediante el Portal de Autorizaciones de Compra.
 - El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a surtirlo en el Plazo, Cantidad, Lugar y Condiciones de entrega señalados en el mismo, así como lo descrito en la Solicitud de Cotización.

Los días de entrega contarán a la notificación del pedido; y conforme al pedido que genere el IMSS, en el Almacén Delegacional con domicilio en Avenida Veracruz Numero 56 esquina calle Norte 22, Col. Santa Catarina C.P. 94730 en Rio Blanco Veracruz., en horario de 9:00 a 14:00 hrs.

Por lo que cualquier aclaración sobre su contenido, deberá efectuarse por escrito ante la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento y/o el Departamento de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios de manera inmediata después de la fecha de recepción del pedido, o este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO POR EL PROVEEDOR.
 - 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 4.1 de este pedido.
 - 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.
 - 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).
 - 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.
 - Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor.
 - 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.
 - 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.
- DE LA GARANTIA DE CALIDAD Y DE LA INSPECCION
 - 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.
- 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.
- Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los bienes y materiales entregados.
- 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.

Area Contratante
 ADMINISTRADOR DEL PEDIDO
 L.A.E. LORENZA BONILLA CERVANTES
 TIT. COORD. DE ABAST. Y EQ.

Area Contratante
 LIC. BEATRIZ SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
 TIT. DEPTO. DE ADQ. DE BNES. Y SERVS.

Area Contratante
 LIC. TERESA DE JESÚS OSEGUERA AGUILERA
 TIT. DE JEFATURA DE SERVS. ADMVOS.

Representante Legal
 DRA. MARIA MAGDALENA CHIQUITO RIVERA
 TOOAD REGIONAL VERACRUZ SUR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DEL. REGIONAL VERACRUZ SUR
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DE ABASTEC. Y EQUIPAMIENTO
 DEPTO. DE ADQUISICION DE B. Y CONT. DE SERVS.

Número Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **23/11/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA050GYR022T391**
 bajo el: **Fracc V art. 41**
 No. Compranet
AA-50-GYR-050GYR022-T-391-23
 No. de Pedido: **D3P1217**
 Elaboración: **13/11/2023** Impresion 13/11/2023

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección: CALLE SANTA BEATRIZ NUM 1249 SANTA MARIA GUADALAJARA 44350

Fecha de entrega: 23/11/2023

R.F.C. GHC -130924-B82 No. Proveedor : 00127627

Partida presupuestal : 0401 21053002

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN VERACRUZ SUR

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: AV. VERACRUZ NO 56 ESQ. NORTE 22, COL.

Circ. 32 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

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.

3.4.En caso de medicamentos, estos 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.I., de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1, vigente.

3.5.El período 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 canjear, dentro de un plazo de 5 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 GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

4.1.El incumplimiento en los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la aplicación de una sanción, consistente en el 2.5% por día natural de atraso sobre el importe total 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 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.

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 "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 aquél en el que se concluya el "Periodo mensual de entrega de bienes" en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

Area Contratante

ADMINISTRADOR DEL PEDIDO
 L.A.E. LORENZA BONILLA CERVANTES
 TIT. COORD. DE ABAST. Y EQ.

Area Contratante
 LIC. BEATRIZ SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
 TIT. DEPTO. DE ADQ. DE BNS. Y SERVS.

Area Contratante
 LIC. TERESA DE JESÚS OSEGUERA AGUILERA
 TIT. DE JEFATURA DE SERVS. ADMVOS.

Representante Legal
 DRA. MARIA MAGDALENA CHIQUITO RIVERA
 TOOAD REGIONAL VERACRUZ SUR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DEL REGIONAL VERACRUZ SUR
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACIÓN DE ABASTEC. Y EQUIPAMIENTO
 DEPTO. DE ADQUISICION DE B. Y CONT. DE SERVS.

Número Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **23/11/2023**
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento **AA050GYR022T391**
 bajo el: **Fracc V art. 41**
 No. Compranet
AA-50-GYR-050GYR022-T-391-23
 No. de Pedido: **D3P1217**
 Elaboración: **13/11/2023** Impresion 13/11/2023

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección CALLE SANTA BEATRIZ NUM 1249 SANTA MARIA GUADALAJARA 44350

Fecha de entrega: 23/11/2023

R.F.C. GHC -130924-B82 No. Proveedor : 00127627

Partida presupuestal : 0401 21053002

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN VERACRUZ SUR

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: AV. VERACRUZ NO 56 ESQ. NORTE 22, COL.

Circ. 32 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

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

CARGO

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)

FECHA	DIA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

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

Area Contratante

ADMINISTRADOR DEL PEDIDO

L.A.E. LORENZA BONILLA CERVANTES
 TIT. COORD. DE ABAST. Y EQ.

Area Contratante

LIC. BEATRIZ SANCHEZ RODRIGUEZ
 TIT. DEPTO. DE ADO. DE BNES. Y SERVS.

Area Contratante

LIC. TERESA DE JESÚS OSEGUERA AGUILERA
 TIT. DE JEFATURA DE SERVS. ADMVOS.

Representante Legal

DRA. MARIA MAGDALENA CHIQUITO RIVERA
 TOOAD REGIONAL VERACRUZ SUR