

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION
UNIDAD DE ADMINISTRACION
COORDINACION CONTROL DE ABASTO
ANEXO 4.4 "CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS"

DEPENDENCIA/SECRETARIA E INSTITUTOS		CONDICIONES DE PAGO		PAGO		DIRECCION		HORARIOS DE PAGO	
REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO		NOMBRE DEL RESPONSABLE	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		HORARIOS DE PAGO	
<p>SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL</p> <p>COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFDI) VALIDADOS Y LEGALIZADOS (SELLOS Y FIRMADOS). LOS PROVEEDORES EXPEDIRAN LOS CFDI A NOMBRE DE LA SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL, REC-SDN-850D-1402, ASIMISMO, ASIENTARA EN LA FACTURA QUE AMPARE LA COMPRA DE "LOS INSUMOS" OBJETO DE LOS CONTRATOS, EL NUMERO DE CONTRATO, CLAVE, CANTIDAD, DESCRIPCION, PRECIO UNITARIO, IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), PRECIO TOTAL Y FECHA DE SU EMISION, TODA VEZ QUE EL IMPORTE DE LAS MULTAS QUE SE ORIGENEN POR FALTA DE OBSERVANCIA A ESTA DISPOSICION, SIERA IMPUTABLE A "EL PROVEEDOR" Y NO A "LA SECRETARIA". ADENAS LOS COMPONENTES DE REFERENCIA DEBERAN CUMPLIR LAS OBLIGACIONES Y REQUISITOS ESTIPULADOS EN LOS ARTICULOS 29 Y 29-A DEL CODIGO FISCAL DE LA FEDERACION DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 30 DEL R.L.A. S.S.P., EN CASO DE QUE LOS CFDI ENTREGADOS POR "EL PROVEEDOR" PARA SU PAGO PRESENTEN ERRORES O DEFICIENCIAS, LA DEFENDENCIA DEBERA DE LOS 3 DIAS HABILES SIGUIENTES AL DE SU RECEPCION, INDICARLA POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR" LOS ERRORES O DEFICIENCIAS DETECTADAS LAS CUALES DEBERA CORREGIR, EL PERIDO QUE TRASCUERRE A PARTIR DE LA ENTREGA DEL CITADO ESCRITO Y HASTA QUE EL LICITANTE ADJUDICADO PRESENTE LAS CORRECCIONES NO SE COMPUTARA PARA EFECTOS DEL ARTICULO 51 DE LA CIUDAD LEY</p> <p>LOS PAGOS SE REALIZARAN EN UN PLAZO MAXIMO DE 20 DIAS NATURALES, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LOS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFDI) VALIDADOS Y LEGALIZADOS (SELLOS Y FIRMADOS) EN LA SECCION DE CONTROL DE PRESUPUESTO Y CUENTAS POR PAGAR DE LA SUBDIRECCION DE ADQUISICIONES DE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION, EL LICITANTE ADJUDICADO LA INGRESARA POR CONDUCTO DEL MODULO No. 6 DE LA SECRETARIA</p>		VALIDACION HENRY CHARLES ALMAZAN Y LEGALIZACION D. LA LEGALIZACION EDUARDO SIBAHUEN NERY RUIZ	JEFE INTERINO DE LOS ALMACENES GENERALES DE SANIDAD PARA LA VALIDACION Y PARA LA LEGALIZACION SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD	7629-8341 y 5387-5216	smedicosdn13@ma1.sedena.gob.mx	MODULO No. 6 DE LA SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL UBICADA EN BOULEVARD MANUEL LAMIA CAMACHO S/N COLONIA TOMAS DE SOTOL, ATCAHUA MIGUEL HIDALGO, CIUDAD DE MEXICO C.P. 11200		0800-1400 HRS	
<p>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)</p> <p>Los Proveedores deberan presentar para efectos de trámite de pago procedente, la factura y remisión que comprueben el ingreso al ISSSTE de los bienes, deberan estar debidamente requeridas y revisadas a satisfacción de las Coordinaciones Administrativas de la Dirección de Administración y de la Dirección Médica.</p> <p>El proveedor deberá presentar, para iniciar el trámite de recepción, aceptación y pago correspondiente de la factura, la siguiente documentación:</p> <p>Entregar la documentación a través de una "RELACION DE DOCUMENTOS". Este formato, la guía e instructivo de llenado, podrán solicitarlos directamente en la "Ventanilla de Recepción Documental" de las Coordinaciones Administrativas de la Dirección de Administración y de la Dirección Médica o a los correos electrónicos juan.ortizc@issste.gob.mx y abel.cruz@issste.gob.mx</p> <p>Original del Contrato</p> <p>Copia de la Garantía de cumplimiento (con sello de recibido legible de la Unidad Compradora)</p> <p>Original del convenio modificatorio, en su caso</p> <p>Copia de la Garantía de cumplimiento del convenio de ampliación (con sello de recibido legible de la Unidad Compradora) (en su caso)</p> <p>Formato original de Pagos de Individuales (en su caso)</p> <p>Original de la Orden de suministro</p> <p>Original de la Factura "CFDI" (Cumpliendo con los requisitos fiscales señalados en los artículos 29 y 29-A del C.F.E. y Administrativos correspondientes)</p> <p>Original de la Remisión del contrato (correspondiente a la factura)</p> <p>Disco compacto con los Archivos PDF y XML de cada factura</p>		C. P. Juan Manuel Ortiz Castro / C. Abel Cruz Martinez	JEFE de Departamento de Recursos Financieros de la Coordinación Administrativa de la Dirección de Administración / JEFE de Departamento de la Coordinación Administrativa de la Dirección Médica, respectivamente	Comunidades 544/1924 Red 12726 / 13211	juan.ortizc@issste.gob.mx / abel.cruz@issste.gob.mx	AV. San Fernando No. 547 1er piso del Edificio "F" / Séptimo de Edificio "B" Col. Torrelío Guerra, Del. Tlalpan, C.P. 14070 Ciudad de México.		DE 8:00 a 13:00 horas en días hábiles de lunes a jueves en la Dirección de Administración / de 08:30 a 13:00 horas, en días hábiles de lunes a jueves en la Dirección Médica	
<p>SERVICIOS DE SAUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA</p> <p>SERVICIOS DE SAUD PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL</p>		JEJUS SALVADOR PEREZ ACOSTA C. P. JORGE GOMEZ CAMPOS	COORDINADOR DE PAGOS DE RECURSOS FINANCIEROS	666-5555800 5038-1700	jperrez@salud.baj.gob.mx / jgomez@salud.df.gob.mx	AV. PIONEROS #1005, CENTRO CIVICO PALACIO FEDERAL 3ER PISO XOCONGO NUMERO 235, COLONIA TRANSITO, DELEGACION CUAUHTEMOC, CODIGO POSTAL 06820, EN MEXICO, DISTRITO FEDERAL		8:00 A 15:00 DE 9:00 A 14:00 HORAS.	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO

ANEXO 4.4 "CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS"

DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS	CONDICIONES DE PAGO			PAGO			HORARIOS DE PAGO
	REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	El pago se realizará mediante transferencia electrónica de fondos, a través del esquema electrónico interbancaria que el ISEM tenga en operación, a menos que el proveedor acredite en forma fehaciente la imposibilidad para ello, para lo cual se insertará en los contratos lo siguiente: El proveedor acepta que el ISEM le efectúe el pago a través de transferencia electrónica, para tal efecto proporcionará la cuenta número ____ CLABE ____ del Banco ____ Sucursal ____ a nombre de (el proveedor) ____. El pago se realizará a los veinte días naturales posteriores a la presentación de la factura correspondiente, la cual se presentará en original y copia en papel corporativo con los requisitos fiscales, establecidos en la Ley de la materia y en la que se indiquen los bienes entregados, los precios unitarios y totales de cada concepto, el desglose del I.V.A. y el de los descuentos adicionales ofrecidos, el importe total con número y letra, así como el número de lotes de los bienes, número de proveedor, número de contrato, en su caso, número de orden(es) de reposición que ampare(n) dicho(s) bien(es), número(s) de altajá, número de fianza y denominación social de la Afianzadora. En caso de que el proveedor expida facturas en el esquema de facturación electrónica, la recepción de las mismas será a través del correo electrónico: isem.rmbasto@edomex.gob.mx, y deberán ser proporcionadas en su formato XML: la validez de las mismas será determinada durante la carga y únicamente las facturas fiscalmente válidas serán procedentes para pago. El proveedor deberá proporcionar a las áreas financieras una representación impresa de la misma que cumpla con las especificaciones normadas por el SAT, la representación impresa por sí misma no será sustento para pago si no se hace la carga del XML del cual se originó o si la misma no es una representación fiel del XML original. En caso de que el proveedor presente su factura con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará, de acuerdo a lo siguiente: en caso de que las facturas entregadas por los proveedores para su pago presenten errores o deficiencias, la dependencia o entidad dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción, indicará por escrito al proveedor las deficiencias que deberá corregir. Los proveedores que entreguen bienes al ISEM, y que celebren contratos de cesión de derechos de cobro, deberán notificarlo al ISEM, con un mínimo de 5 (cinco) días hábiles anteriores a la fecha de pago programada, entregando invariablemente una copia de los contratos recibidos cuyo importe se cede, además de los documentos sustantivos de dicha cesión, de igual forma los que celebren contrato de cesión de derechos de cobro a través de factoraje financiero conforme al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., institución de Banca de Desarrollo. El pago de los bienes quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.	Caj General del ISEM	SUBDIRECTOR DE FINANZAS	722 280 92 11, 13 Y 16 EXT.S. 99745 Y 99730	finanzas@isemim@hotmail.com	Paseo Colón s/n esquina General Felipe Ángeles, Colonia Villa Hogar, C.P. 50170, Toluca, Estado de México	09:00 a 13:00 horas los días martes y viernes
INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO	la forma de pago que serán: parciales por quincenas vencidas a los 20 días hábiles posteriores a la presentación de la factura (cfdi) debidamente validada y sello de recibido por los responsables de farmacia y subdirector médico de la unidad receptora y medio magnético (PDF Y XML); ante el Departamento de Contabilidad del Instituto Materno Infantil del Estado de México; Sitio en Paseo Colón s/n esquina General Felipe Ángeles, Colonia Villa Hogar, C.P. 50170, Toluca, Estado de México, los días martes y viernes en un horario de 09:00 a 14:30 horas, la cual amparará el cumplimiento al contrato, en las condiciones técnicas y de calidad ofertadas y requeridas por el Instituto Materno Infantil del Estado de México. El pago se realizará en el Departamento de Tesorería en un horario de 09:00 a 13:00 horas los días martes y viernes de acuerdo a la programación. No se aplicarán intereses, no se otorgarán anticipos, ni tan poco se emitirán pagures. Las facturas deberán ser expedidas a la siguiente razón social: INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO domicilio: PASEO COLÓN S/N ESQUINA GENERAL FELIPE ÁNGELES, COLONIA VILLA HOGAR, C.P. 50170, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO R.F.C.: IMI 011213 104	C.P. FRANCISCO JAVIER MONTES DE OCA VALLEJO	SUBDIRECTOR DE FINANZAS	CEL 7331172184 CEL 7471486384	rec.fin@hotmail.com recursosmateriales18@gmail.com	AV. RUFFO FIGUEROA # 6, COL. BUROCRATAS, CHILPANCINGO, GRO. C. P. 39090	9:00 A. M. A 14:00 P. M. DE LUNES A VIERNES
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO.	VEINTE DÍAS NATURALES, A PARTIR DE LA FECHA DE FACTURACIÓN. LUGAR SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO, CON DIRECCIÓN AVE. RUFFO FIGUEROA NO. 6, CD. BUROCRATAS, CHILPANCINGO, GRD. C.P. 39090. EN LA FACTURA ORIGINAL DEBEER SEÑALAR EL NO. DEL PROCESO DE LICITACIÓN, NO. DE CONTRATO, EL NO. DE LOTE DE PRODUCTO, FECHA DE CADUCIDAD POR CLAVE, PRECIO UNITARIO, CANTIDAD E IMPORTE POR CLAVE. EN EL ALMACEN CENTRAL DEBERÁ PRESENTAR COPIA DE CERTIFICADO ANALÍTICO, CARTA DE CANJE DE VÍCIOS OCULTOS, CARTA DE CANJE POR TÉRMINO DE CADUCIDAD.	C. P. JUAN SANTANA DÍAZ Y ELC. P. CRISTIAN GARIBAY GALEANA	SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS Y SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES.	CEL 7331172184 CEL 7471486384	recursosmateriales18@gmail.com	AV. RUFFO FIGUEROA # 6, COL. BUROCRATAS, CHILPANCINGO, GRO. C. P. 39090	9:00 A. M. A 14:00 P. M. DE LUNES A VIERNES
SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN	20 DÍAS NATURALES DEBIDAMENTE INGRESADA, FACTURA ORIGINAL Y COPIAS, DESPUÉS DE HABER REALIZADO ENTREGA EN EL ALMACEN QUE MARQUE EL PEDIDO. COPIA DEL PEDIDO, DEBERÁ ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO EL CUAL DEBE LLEVAR ASUNTO: NOMBRE DEL PROVEEDOR Y NÚMERO DE FACTURA, PDF Y XML Y EL ABONO EN CUENTA DE SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN (ACTUALIZADO). REMISION ORIGINAL Y COPIAS, EN CASO DE RECIBIRSE EN UNIDADES DEBERÁ LLEVAR NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE QUIEN RECIBE. (CORREO: recursosmateriales@salud.michoacan.gob.mx)	LIC. RAMON EDMUNDO VEGA MENDOZA	SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES	01443 3159391	recursosmateriales@salud.michoacan.gob.mx	MIGUEL ARRIOLA #500 POBLADO DE OCCUSEN, C.P. 58279, MORELIA, MICHOACÁN	08:00-14:00

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
 COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO
ANEXO 4.4 "CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS"

DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS		CONDICIONES DE PAGO			PAGO		
HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE	REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	HORARIOS DE PAGO
SECRETARÍA DE SALUD Y O.P.D. SALUD DE TLAXCALA	<p>REQUISITOS PARA REGISTRO DE CUENTAS BANCARIAS: En un solo oficio en hoja membretada de la Empresa, Firmado por el representante legal o el administrador único y dirigido a la C.P. Ada Mendoza Ocampo/ Coordinadora de áreas de Finanzas y Contabilidad del Hospital del Niño Morelense y que contenga los siguientes datos: Indicar nombre completo y sin abreviaturas del representante legal o el Administrador único que entregue lo siguiente:</p> <p>DATOS DE LA RAZÓN SOCIAL: Nombre de la Razón Social, Actividad o giro de la Razón Social, Domicilio Fiscal, número, calle, colonia, ciudad, estado y código postal, RFC de la Razón Social.</p> <p>DATOS BANCARIOS: Nombre de la Institución Bancaria, Número y nombre de la Sucursal Bancaria, Número de la Cuenta de Cheques, Número de la cuenta CLABE (18 dígitos), Número de la plaza y ciudad de apertura de la cuenta bancaria</p> <p>DATOS DE CONTACTO: Nombre del Contacto de la empresa, Número telefónico con clavelada, Correo Electrónico.</p> <p>SOPORTE PARA LA VALIDACIÓN: Acta Constitutiva de la Empresa notarial, Copia del Estado de Cuenta Reciente (cartulal), Copia legible y vigente de la identificación oficial del representante legal o administrador, Copia de la inscripción al Registro Federal de Causantes (R.F.C.)</p> <p>Cuatro tantos del Comprobante Fiscal Digital por Internet (Factural), en la que se indique los bienes entregados y número de contrato. Impresión del archivo XML del CPDI. Archivo digital de la factura y archivo "XML", enviado al correo electrónico sanglosar2017@hotmail.com, con copia para smconsolidadas@gmail.com. Impresión que compruebe el envío por correo electrónico señalado en el inciso que precede.; Impresión de la validación del Comprobante Fiscal Digital por Internet obtenido del sitio web https://verificafid.facturaelectronica.sat.gob.mx. Copia del contrato; Comprobante de la recepción remisión con sello de recepción de los bienes a entrega satisfacción de "LOS S.S.M."</p>	C.P. Ada Mendoza Ocampo	Coordinadora de Área de Finanzas y Contabilidad	(777) 3-62-11-70 ext. 4010	gsanglosar2017@hotmail.com gsanglosar2017@hni.mor.mx	AVDA LA SALUD No. 1 COL. BENTU JUAREZ EN EL MUNICIPIO DE EMILIANO ZAPATA, MORELOS	13:00 a 15:00 hrs.
SECRETARÍA DE SALUD Y O.P.D. SALUD DE TLAXCALA	<p>PERSONA FÍSICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OFICIO DE SOLICITUD PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, EN HOJA MEMBRETADA DIRIGIDA A LA C.P. LUZ MARÍA PORTILLO GARCÍA DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA, DONDE INFORME LA INSTITUCIÓN BANCARIA, No. DE CUENTA, DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO PARA DUDAS Y/O ACARACONES. 2. COPIA FOTOSTATICA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C. 3. COPIA FOTOSTATICA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL). 4. COPIA FOTOSTATICA DE CARTA DE CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA O CARTA DE ESTADO DE CUENTA BANCARIA RECIENTE. 5. COPIA FOTOSTATICA DE LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EMITIDA POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA A LA FECHA. 6. FACTURA CON SELLO DE RECIBO DE CONFORMIDAD Y DATOS DE QUIEN RECIBE. 7. COPIA DEL PEDIDO 8. COPIA DEL PEDIDO 9. COPIA DEL PEDIDO <p>PERSONA MORAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OFICIO DE SOLICITUD PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, EN HOJA MEMBRETADA DIRIGIDA A LA C.P. LUZ MARÍA PORTILLO GARCÍA DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA, DONDE INFORME NOMBRE DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN BANCARIA, No. DE CUENTA, DOMICILIO FISCAL, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO PARA DUDAS Y/O ACARACONES. 2. COPIA FOTOSTATICA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL REPRESENTANTE LEGAL (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL). 3. COPIA FOTOSTATICA DE PODER NOTARIAL. 4. COPIA FOTOSTATICA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C. 5. COPIA FOTOSTATICA DE CARTA DE CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA O CARTA DE ESTADO DE CUENTA BANCARIA RECIENTE. 6. COPIA FOTOSTATICA DE ACTA CONSTITUTIVA. 7. COPIA FOTOSTATICA DE LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EMITIDAS POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA A LA FECHA. 8. FACTURA CON SELLO DE RECIBO DE CONFORMIDAD Y DATOS DE QUIEN RECIBE. 9. COPIA DEL PEDIDO <p>NOTA: LOS PROVEEDORES QUE ACTUALIZARON SUS DATOS BANCARIOS EN EL AÑO 2015 Y QUE NO PRESENTAN CAMBIO ALGUNO CON SU INFORMACIÓN PROPORCIONADA, SOLO CONFIRMARÁN SUS DATOS A TRAVÉS DE LA CARTA MEMBRETADA PARA DAR CONTINUIDAD CON LOS PROCESOS DE PAGO.</p>	C.P. ELIZABETH GUATEPROZIO MENDOZA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA	246 2 10 60	elizabethsaludtlaxcala@gmail.com	IGNACIO PICADO NORTE NUMERO 25 COLONIA CENTRO, CHIAUTEMPAN, TLAXCALA, CP. 90980	MIÉRCOLES Y VIERNES DE 9:30 A 15:00 HRS
HOSPITAL DE LA MUJER	<p>FACTURA, ORDEN DE SURTIMIENTO, REMISIÓN SELLADA POR EL ALMACÉN, Y PEDIDO TODO EN ORIGINAL, EN CASO DE HABER ENTREGADO EN OTRA UNIDAD EL ORIGINAL, DEBERÁ INDICARSE PARA TRAMITE DE PAGO</p> <p>DATOS DE FACTURACIÓN: SECRETARÍA DE SALUD/ HOSPITAL DE LA MUJER UTEA No. 7 COLONIA JUAREZ DELEGACIÓN CUAUHTEMOC, MÉXICO CIUDAD DE MÉXICO C. P. 06600 RFC SSA 63050201</p> <p>* LA FACTURACIÓN DEBE DE VENIR DE ACUERDO AL PEDIDO REALIZADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.</p>	DR. JOSÉ HIPOLITO SANCHEZ HERNANDEZ	DIRECTOR DEL REGIMEN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA	4664803 EXT. 120	depedpjosan@haz@yahoo.com	BOULEVARD REVOLUCION NO. 3, COL. SAN BUENAVENTURA ATEMPAN, C.P. 90010	LUNES A VIERNES DE 10:00 - 14:00 HRS
		DR. JOSÉ LUIS LIMA FRANCO	JEFE DE ADOQUISICIONES	53-41-11-00 EXT. 1014		PROLONGACIÓN SALVADOR DIAZ MIRÓN 354 COLONIA SANTO TOMAS	LUNES A MIÉRCOLES DE 10:00 A 16:00 HORAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO

ANEXO 4.4 "CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS"

CONDICIONES DE PAGO							
DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS	REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO	NOMBRE DEL RESPONSABLE	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN	HORARIOS DE PAGO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"	FACTURA ORIGINAL Y OCHO COPIAS, DOS COPIAS DEL PEDIDO, LA VERIFICACIÓN DEL SAT, LA XML IMPRESA Y LA FACTURA VIA ELECTRÓNICA CON SUS ARCHIVOS.	C.P. GUZTAVO A. BELLÓN DAVILA	DIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS	2789-2000 EXT. 1121	gabellon@yahoo.com.mx	DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS, SUBDIRECCIÓN DE TESORERÍA UBICADO EN DR. BALMIS 148 COLONIA DOCTORES DELEGACIÓN CUAUHTEMOC MEXICO DISTRITO FEDERAL C.P. 06726.	DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 14:00 HORAS.
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"	EL PAGO SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, DENTRO DE LOS VEINTE DÍAS POSTERIORES A LA PRESENTACIÓN DE CADA FACTURA DEBIDAMENTE REQUISITADA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES A SATISFACCIÓN DEL HOSPITAL. PARA LO CUAL SE REQUIERE FACTURA ORIGINAL Y SEIS COPIAS DE LA MISMA, ORIGINAL DEL CONTRATO DEBIDAMENTE FORMALIZADO CON UNA FOTOCOPIA DEL MISMO POR AMBOS LADOS.	RAUL ÁNGEL APARICIO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO	52789917 EXT. 2563	raparicio@hinfa.edu.mx	DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO. DR. MÁRQUEZ NO. 167 3ER. PISO DEL EDIFICIO ARTURO MUÑET DELEGACIÓN CUAUHTEMOC, C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO	
HOSPITAL JUÁREZ DEL CENTRO	FACTURA, REMISION SELADA POR LA FARMACIA DEL HOSPITAL, ORDEN DE SURTIMIENTO Y PEDIDO TODO EN ORIGINAL, EN CASO DE HABER ENTREGADO EN OTRA UNIDAD EL ORIGINAL DEBERA INDICARSE PARA TRAMITE DE PAGO	LIC. ANA VELAZQUEZ ORDONEZ	COORDINADORA DE RECURSOS FINANCIEROS	70 00 34 00 EXT 34821#	financiera_hj@hotmail.com	PIAZA SAN PABLO NÚMERO 13 COLONIA CENTRO, DELEGACIÓN CUAUHTEMOC, CÓDIGO POSTAL 09080, CIUDAD DE MÉXICO	LUNES A MIÉRCOLES DE 10:00 A 14:00 HORAS
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO	FACTURA, REVISIÓN, SELADA Y FIRMADA POR LA FARMACIA INTRAHOSPITALARIA, ORDEN DE SUMINISTROS Y PEDIDO ORIGINAL, EN CASO DE HABER ENTREGADO EN OTRA UNIDAD EL ORIGINAL DEBERA INDICARSE CON EL SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA, ASÍ COMO COPIA DEL FOLIO.	C.P. ANGELICA GONZALEZ MORENO	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	50 62 16 00 EXT. 43059#	angelicamodi@yahoo.com.mx	CHIVALTPOPOCA No. 135, COL. OBRERA, DELEGACIÓN CUAUHTEMOC, C.P. 06800	LUNES A MIÉRCOLES DE 10:00 A 15:00 HORAS
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA "BICENTENARIO 2010"	LOS REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL PAGO POSTERIOR A LA ENTREGA DE LA MERCANCÍA POR PARTE DEL PROVEEDOR, PRESENTANDO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: ORIGINAL DE LA FACTURA, ACOMPAÑADA DEL REPORTE DE RECEPCIÓN DEL SISTEMA DE ALMACÉN Y LAS ÓRDENES DE SUMINISTRO CON ACUSE DE RECIBO CORRESPONDIENTE CONTENIENDO: EL SELLO DEL ÁREA RECEPTORA DE LOS BIENES, FECHA DE LA RECEPCIÓN, ASÍ COMO EL NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL FACULTADO PARA ESTOS EFECTOS, SE DEBERA ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO DE CONFORMIDAD CON LO SIGUIENTE: CADA EMAIL DEBERÁ CONTENER: ASUNTO: NOMBRE DE LA EMPRESA Y CONTRATO RELACIONADO A LA FACTURA. ARCHIVOS ADJUNTOS: 1. FACTURA (PDF) 2. COMPROBANTE DIGITAL (XML) 3. VERIFICACIÓN DE LOS FOLIOS DE CADA FACTURA. CADA VERIFICACIÓN DE LOS FOLIOS DE LAS FACTURAS DEBERÁ ENVIARSE ESCANEADO Y EL CUAL PODRÁ REALIZARSE DESDE ESTA PÁGINA: http://www.sat.gob.mx/vfo , http://internet.asistencia_contribuyente@principales/comprobantes_fiscales/66_16599.html DEBERÁN ENVIARSE LOS 3 ARCHIVOS AL CORREO: FACTURA.HRAEV@GMAIL.COM ESTE CORREO ELECTRÓNICO ES EXCLUSIVAMENTE PARA RECEPCIÓN DE FACTURAS, NO SE RECIBIRÁ NINGUNA OTRA DOCUMENTACIÓN O ACLARACIÓN POR PARTE DE LOS PROVEEDORES. LA FACTURA QUE SE PRESENTE A COBRO DEBERÁ ESTAR DE ACUERDO AL REPORTE DE RECEPCIÓN DEL SISTEMA DE ALMACÉN EL CUAL SERÁ ENVIADO POR LA RESPONSABLE DEL ALMACÉN. LAS FACTURAS DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 29-A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN.	C.P. FEDERICO IBARRA TORRES	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	3841536-100	federibarra165@gmail.com	LIBRAMIENTO GUDALUPE VICTORIA S/N, ÁREA PANRITOS, CO. VICTORIA, TAMAULIPAS	LUNES A VIERNES EN HORARIO DE 9:00 A 15:30 HRS
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "LUIS GUILLERMO IBARRA TORRES"	EL PAGO SE EFECTUARÁ DENTRO DE LOS 20 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN OFICIAL DE LA FACTURA, LA CUAL DEBERÁ EXHIBIR SELLO, FOLIO Y FIRMA AUTORIZADA DE LA VENTANILLA ÚNICA DE RECEPCIÓN	C.P. ANTONIO URIBE ANDRADE	SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS	59951000 EXT. 18311	auribe@trc.gob.mx	EL LUGAR DE PAGO SERÁ EN EL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN AV. MÉXICO XOXIMILCO NO. 289 COL. AERIAL DE GUADALUPE C.P. 14389 TLAIPAL	HORARIO DE ATENCIÓN LOS DÍAS MARTES Y JUEVES DE 10:00 A 14:00 HRS.
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	A través de transferencia de fondos, mediante el Sistema Integral de Información Financiera Federal (SIAFF) dentro de los 20 días naturales posteriores a la presentación de la factura respectiva.	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FERRAZ BERNARDINO ÁLVAREZ" -Mtra. Norma Leticia Hernández Hernández	Subdirectora Administrativa	5573-0386	gmsalud@hotmail.com	Av. San Buenaventura S/N esquina Nifto Jesús, Colonia Tlalpan, C. P. 14000, Delegación Tlalpan en la Ciudad de México, D. F.	9:00 a 13:00 HORAS DE LUNES A VIERNES
		HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" -C.P. David Rico Olvera	Subdirector Administrativo	5655-0290 exts 283 o 114	davidrico94@hotmail.com	Avenida San Buenaventura número 86 Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan C. P. 14080, México D.F.	
		HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO" -Mtro. Pábel Pizos Rincón	Subdirector Administrativo	5860-4916	pabel.pazos@salud.gob.mx	Autopista México-Puebla No. 83, Col. Ampliación Santa Catarina, Municipio Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México, C. P. 55619.	
		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "CUAUHTEMOC" Dr. Rogelio Gallegos Cázares	Director del CECOSAM	55-41-12 24.	rogeliegallagos@hotmail.com	Calle Enrique González No. 131 colonia santa María la Ribera delegación, algo C.P. 06400, México D.F.	
		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "IZTAPALAPA" Dr. Hector Rodríguez Juárez	Director del CECOSAM	56-94-16-60.	hector5805@yahoo.com.mx	Calle 5 sur esq. Guerra de Reforma S/N. Col. Leyes de reforma, Delegación Iztapalapa, C/P 09310 México, D.F.	
		CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "ZACATENCO" Dr. Humberto Rico Díaz.	Director del CECOSAM	55-86-02-59	humbertoricodiaz@gmail.com	Calle Huanuco N° 323, Col. Residencial Zarateno, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07369, México D.F.	