

INSTITUTO ICANEO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION
UNIDAD DE ADMINISTRACION
COORDINACION CONTROL DE ABASTO
CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARIA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO		DIRECCION	HORARIOS DE PAGO	NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O CARGA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)		EL PAGO DE LOS BIENES, SERA REALIZADO POR LAS DELEGACION Y UNAE S DEL IMSS, CON DOMICILIOS Y HORARIOS DE ATENCION, UNA VEZ QUE SE LOS BIENES HAYAN SIDO ENTREGADAS CONFORME A LAS ORDENES DE REPOSICION Y GENERADA EL ALTA EN SAL, CONSIDERANDO LO SIGUIENTE: EL PAGO SE REALIZARA EN PESOS MEXICANOS, SIN QUE ESTOS REASEN LOS 20 DIAS NATURALES POSTERIORES A AQUEL EN QUE EL PROVEEDOR PRESENTE EN LAS AREAS INDICADAS EN EL ANEXO "CONDICIONES DE PAGO" LA REPRESENTACION IMPRESA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA DOCUMENTACION COMPROBATORIA QUE ACREDITE LA ENTREGA DE LOS BIENES, SE INDIQUE EN DICHA DOCUMENTACION LOS BIENES ENTREGADOS, NUMERO DE PROVEEDOR, NUMERO DE CONTRATO, NUMERO DE FIANZA Y DENOMINACION SOCIAL DE LA AFANIZADORA, EN SU CASO, LOS CONTRATOS Y SU DICHTAMEN PRESUPUESTAL DEBERAN ESTAR REGISTRADOS EN EL SISTEMA PREI MULTITEMUNO. PARA EL TRAMITE DE PAGO EN EL CONTRATO SE DEBERA INDICAR QUE EL PROVEEDOR DEBERA EXPEDIR SUS COMPROBANTES FISCALES DIGITALES EN EL ESQUEMA DE FACTURACION ELECTRONICA, CON LAS ESPECIFICACIONES NORMADAS POR EL SAT A NOMBRE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES IMSS4213145, DOMICILIO EN AVENIDA PASEO DE LA REFORMA NÚM. 476, COLONIA JUAREZ, C.P. 06600, DELEGACION CUAJUTLÉMOC, CIUDAD DE MÉXICO. PARA LA VALIDACION DE DICHS COMPROBANTES EL PROVEEDOR DEBERA CARGAR EN INTERNET, A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS A PROVEEDORES DE LA PAGINA DEL IMSS EL ARCHIVO EN FORMATO XML, LA VALIDEZ DE LOS MISMOS SERA DETERMINADA DURANTE LA CARGA Y UNICAMENTE LOS COMPROBANTES VALIDOS SERAN PROCEDENTES PARA PAGO. EL PAGO SE REALIZARA MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS, A TRAVÉS DEL ESQUEMA ELECTRONICO INTERBANCARIO QUE EL IMSS TIENE EN OPERACION, PARA TAL EFECTO EN LOS CONTRATOS SE DEBERA INCLUIR EL NUMERO DE CUENTA, CLABE, BANCO Y SUCURSAL, A MENOS QUE EL PROVEEDOR ACREDITE EN FORMA FENACENTE LA IMPOSIBILIDAD PARA ELLO. EL PAGO SE DEPOSITARA EN LA FECHA PROGRAMADA, A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTERBANCARIO SI LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR ESTÁ CONTRATADA CON BANORTE, BBVA BANCOMER, HSBC, O SCOTIABANK, INVERCANT O A TRAVÉS DEL ESQUEMA INTERBANCARIO VIA SPEI (SISTEMA DE PAGOS ELECTRONICOS INTERBANCARIOS) SI LA CUENTA PERTENECE A UN BANCO DISTINTO A LOS ANTES MENCIONADOS. PARA QUE EL PROVEEDOR PUEDA CELEBRAR UN CONTRATO DE CESION DE DERECHOS DE COBRO, MISMO QUE DEBERA NOTIFICARLO POR ESCRITO AL IMSS CON UN MINIMO DE CINCO DIAS NATURALES ANTERIORES A LA FECHA DE PAGO PROGRAMADA, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO O EN SU CASO EL TITULAR DEL AREA REQUERENTE, DEBERA ENTREGAR LOS DOCUMENTOS SUSTANTIVOS DE DICHA CESION EL AREA RESPONSABLE DE AUTORIZAR DICHA CESION. ASIMISMO, EN LA CONVOCATORIA SE DEBERA INDICAR QUE EL PROVEEDOR PODRA OPTAR POR COBRAR A TRAVÉS DE FACTORIAE FINANCIERO CONFORME AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS DE NACIONAL FINANCIERA, S.N.C. INSTITUCION DE BANCIA DE DESARROLLO CON EL IMSS. EN APEGO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS PROVEEDORES Y CONTRATISTAS, DEBERA PRESENTAR UNA COPIA DE LA OPINION (POSITIVA Y VIGENTE) POR CADA TRAMITE DE PAGO, LA CUAL PUEDE SER CONSULTADA A TRAVÉS DE LA PAGINA ELECTRONICA HTTP://WWW.IMSS.GOB.MX/TRAMITES/CUMPLIMIENTO-OBIGACIONES , EN LOS TERMINOS REQUERIDOS POR EL INSTITUTO. Deberán presentar la factura y remisión que comprueben el ingreso al ISSSTE de los bienes, los cuales deberán estar debidamente requeridas y revisadas a satisfacción de las Coordinaciones Administrativas de la Dirección de Administración y de la Dirección Médica. El proveedor deberá presentar, para iniciar el trámite de recepción, aceptación y pago correspondiente de la factura, la siguiente documentación: 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.ortiz@issste.gob.mx y abel.cruz@issste.gob.mx Original del Contrato Copia de la Garantía de cumplimiento (con sello de recibido legible de la Unidad Compradora) Original del Convenio Modificatorio (en su caso). Copia de la Garantía de cumplimiento del convenio de ampliación (con sello de recibido legible de la Unidad Compradora) (en su caso) Formato original de Pagos de individuales (en su caso) Original de la Orden de suministro Original de la Factura "CFDI" (Cumpliendo con los requisitos fiscales señalados en los artículos 29 y 29-A del C.F.F., y Administrativos correspondientes) Original de la Remisión del contrato (correspondiente a la factura) Disco compacto con los Archivos PDF y XML de cada factura.		LAS DIRECCIONES INDICADAS EN EL ANEXO DE LUGARES DE ENTREGA Y PAGO DEL IMSS (DELEGACIONES Y UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD)	8:30-14:00 HRS	ADMINISTRADORES DE CONTRATO DE CADA DELEGACION Y UNAE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)		A. CONTRATO FIRMADO B. FIANZA DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO C. COMPROBANTE FISCAL (CFDI)		BOULEVARD MANUEL AVILA CAMACHO SIN NUMERO, COLONIA TOMAS DE SOTELO, DELEGACION MIGUEL HIDALGO, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 11200	DE LUNES A VIERNES DE 1200 A 1400 HORAS.	CORONEL DE INFANTERIA DIPLOMADO DE ESTADO MAYOR ERNESTO GUTIERREZ TAPIA JEFE DE LA SECCION DE CONTROL DE PRESUPUESTO Y CUENTAS POR PAGAR DE LA DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION CORREO ELECTRONICO scorona.dh10@secretaria.gob.mx

CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO		DIRECCIÓN	HORARIOS DE PAGO	NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O ÁREA
ETRIÓLEOS MEXICANOS (PEMEX)		LA SUBGERENCIA DE ECONOMIA DE LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SERÁ LA RESPONSABLE DE AUTORIZAR LOS PAGOS MEDIANTE SU FIRMA EN LA BOVEDA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS, PREVIA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LOS BIENES EN TÉRMINOS DEL CONTRATO. LA QUE PODRÁ ESTAR SUSTENTADA EN LA CONSTANCIA QUE ACREDITE LA RECEPCIÓN DE LOS BIENES. LA FIRMA EN LA BOVEDA ELECTRÓNICA PERMITIRÁ LA GENERACIÓN DE UNA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA AL PROVEEDOR PARA QUE GENE LA FACTURA ELECTRÓNICA O DOCUMENTAL, SEGÚN CORRESPONDA.		VENTANILLA ÚNICA UBICADA EN AV. MARINA NACIONAL 329, EDIFICIO "C", PISO 1, COL. VERÓNICA ANZURES, DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, CIUDAD DE MÉXICO, CÓDIGO POSTAL 11300	09:00 a 13:00 de lunes a viernes en días hábiles	SUBGERENCIA DE ECONOMIA DE LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
SECRETARÍA DE MARINA/DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL		1) SABANA DE ENTREGA. 2) PEDIDO O REQUISICIÓN (MONTÓN MAYOR SE ELABORA PEDIDO, SI ES DE MONTO MENOR SERÁ CON REQUISICIÓN). 3) NOTA DE REMISIÓN. 4) ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN. 5) VALE DE ENTREGA. 6) FACTURA REQUISITADA. 7) FORMATO XML. 8) VALIDACIÓN DEL SAT. 9) MARBETE DEL ALMACÉN		HEROICA ESCUELA NAVAL MILITAR 861 COL. LOS CIPRESES CP. 04830, COYOACÁN, CIUDAD DE MÉXICO	DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A 13:00 HRS. DÍAS HÁBILES	SUBDIRECTOR DE SERVICIOS LOGÍSTICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL 56-24-65-00 EXT-6268 Y 7397 digasan.sl@gmail.com
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA		TRES FACTURAS ORIGINALES, PEDIDO Y REGISTRO SANITARIO (SE ENTREGAN EN LOS ALMACENES AL MOMENTO DE LA ENTREGA)		AVENIDA PIONEROS #1005 COL. CENTRO CIVICO Y COMERCIAL, CP 21000, MEXICALI BAJA CALIFORNIA.	08:00 AM - 4:00 PM.	C.P. HECTOR TOMAS LARA ORMAECHA, DIRECTOR DE PLANEACIÓN PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL		LAS FACTURAS PARA PAGO DEBERÁN SER ENTREGADAS DEBIDAMENTE SELLADAS Y FIRMADAS POR EL SERVIDOR PÚBLICO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS BIENES, ASIMISMO, DEBERÁN EXPEDIRSE A NOMBRE DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL. EL PAGO DE LOS BIENES ENTREGADOS SE TRAMITARÁ POR "EL ORGANISMO" DENTRO DE LOS 20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA DE LA ACEPTACIÓN DE LAS FACTURAS DEBIDAMENTE REQUISITADAS. EL PROVEEDOR DEBERÁ ACUDIR A LA TESORERÍA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL A FIN DE DAR DE ALTA SU CLASE BANCARIA, Y ÉSTA PUEDA REALIZAR EL PAGO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PARA LO CUAL "EL PROVEEDOR" REQUISITARÁ EL FORMATO DE LA LINEA ELECTRÓNICA A TRAVÉS DE LA PÁGINA DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS www.finanzas.df.gob.mx , EN EL APARTADO DE PROVEEDORES, YA QUE HAYA REALIZADO EL ALTA; DEBERÁ GENERAR EL COMPROBANTE DENOMINADO "INFORMACIÓN PARA DEPÓSITO INTERBANCARIO EN CUENTA DE CHEQUES", Y UNA VEZ IMPRESO ESTE FORMATO "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ACUDIR A LA INSTITUCIÓN BANCARIA CORRESPONDIENTE CON EL EJECUTIVO, CON LA FINALIDAD DE QUE FIRME, ANOTE SU NÚMERO CONFIDENCIAL Y ESTAMPE EL SELLO DE VALIDACIÓN. ASÍ MISMO UNA VEZ OBTENIDO EL FORMATO, SE DEBERÁ DAR DE ALTA EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA SUBDIRECCIÓN DE ADQUISICIONES DE "EL ORGANISMO" JUNTO CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • FORMA ÚNICA DE BENEFICIARIOS (ORIGINAL Y DOS COPIAS) • ESTADO DE CUENTA (DOS COPIAS) • EN CASO DE TENER CUENTA HSBC, CARTA Y ESTADO DE CUENTA (ORIGINAL Y DOS COPIAS) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR NÚMERO DAF/097/2016 DE FECHA 10 DE NOVIEMBRE DE 2016, EMITIDO POR LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE "EL ORGANISMO", "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ACUDIR AL "ALMACÉN CENTRAL DE FRESNO" EN UN HORARIO DE 09:00 A 13:30 HRS. PARA REALIZAR LA LIBERACIÓN DE FACTURAS, CUBRIENDO LOS SIGUIENTES REQUISITOS: <ul style="list-style-type: none"> • FACTURA EN PDF Y ARCHIVO XML IMPRESOS QUE CORRESPONDAN A LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS (ESPECIFICANDO NÚMERO DE CONTRATO, PARTIDA PRESUPUESTAL, FUENTE DE FINANCIAMIENTO, CLAVE DEL MEDICAMENTO A 12 DÍGITOS (EN CASO DE QUE SE ENCUENTREN EN EL CATÁLOGO DE CAUSAS VIGENTE), LA DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES EN ESTRICTO APEGO A LA DESCRIPCIÓN CONTENIDA EN EL ANEXO 2 DEL PRESENTE CONTRATO, R.F.C., IMPORTE, CANTIDAD POR LOTE Y FECHA DE CADUCIDAD Y LUGAR DE ENTREGA). • COMPROBANTE DE ENVÍO DE LOS ARCHIVOS ELECTRÓNICOS (FACTURA EN PDF Y XML) A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: facturaciones@electronica.aspdf@gmail.com. • DOCUMENTO DIGITAL IMPRESO (FORMATO ELECTRÓNICO XML). • VERIFICACIÓN DE COMPROBANTES FISCALES DIGITALES DEL SAT. • SELLO DE VALIDACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN LA FACTURA POR PARTE DE LA SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL. • EN CASO DE SER PROCEDENTE, EL FORMATO DE SANCION DEBIDAMENTE REQUISITADO. EN CASO DE SER PROCEDENTE, EL FORMATO DE SANCION DEBIDAMENTE REQUISITADO.		"ALMACÉN CENTRAL DE FRESNO", ubicado en: calle de Fresno número 408, Colonia Atlampá, Delegación Cuauhtémoc, en México Ciudad de México	09:00 A LAS 13:30 HORAS, DÍAS HÁBILES	C.P. JORGE GOMEZ CAMPOS, COORDINADOR DE RECURSOS FINANCIEROS
INSTITUTO DE SALUD DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS		PEDIDO, CONTRATOS, FALTOS, FINANZAS, CUADRO DE DISTRIBUCIÓN, FACTURA, XML Y DATOS BANCARIOS DEL PROVEEDOR, DE CONFORMIDAD A LOS LINEAMIENTOS QUE EMITA EL SISTEMA SIGEN A TRAVÉS DEL REPS ESTATAL. SE EFECTUARAN LOS PAGOS PROGRESIVOS AL PROVEEDOR, UNA VEZ ENTREGADO LOS BIENES, DE CONFORMIDAD EN CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 51 DE LA LEY, DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 93 DE SU REGLAMENTO.		UNIDAD ADMINISTRATIVA, EDIFICIO "C" COL. MAYA, C.P. 29010, TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS	9:00 A 14:00 HRS.	LIC. ELIEZER LOPEZ HERNANDEZ, COORDINADOR DE TRÁMITE DE PAGO DE FACTURAS.

INSTITUTO CANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO
CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO		DIRECCIÓN		HORARIOS DE PAGO		NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O ÁREA	
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD		FACTURA ORIGINAL CON SELLO Y FIRMA DE RECEPCIÓN Y COPIA DE ORDEN DE REPOSICIÓN.		ALDAMA Y SRA NO. 604 ZONA CENTRO C.P 31000, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA		RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO: VIERNES DE 8:00 A.M. A 3 P.M.		LIC. CRISTIAN ZAMORA CENCEROS	
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA		FACTURA Y PEDIDO EN TRES TANTOS, REMISIÓN Y CARTA GARANTÍA CONTRA VICIOS OCULTOS		LICEO DE VARONES ESQ. DR. RUBEN AGUIERO S/N. COLONIA LA ESPERANZA, CODIGO POSTAL 28000, DEL MUNICIPIO DE COLIMA		DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HRS		SUBDIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS C.P. SILVIA LORENA ROSALES MUÑOZ	
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO		<p>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:</p> <p>El proveedor acepta que el ISEM le efectúe el pago a través de transferencia electrónica, para tal efecto proporciona la cuenta número _____ CLABE _____ del Banco _____ Sucursal _____ a nombre de (el proveedor).</p> <p>El pago se realizará a los ventenas 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 amparen(n) dicho(s) bien(es), número(s) de fianza y denominación social de la Alianzadora.</p> <p>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.rmbastio@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 origen.</p> <p>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.</p> <p>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 contra-recibos 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.</p> <p>El pago de los bienes quedará condicionado proporcionalmente al pago que el proveedor deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso.</p>		El lugar de pago será en la Caja General del ISEM ubicada en Avenida Independencia Oriente 1009, Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales, Toluca, Estado de México, C.P. 50070, previa verificación de la facturación.		Caja General del ISEM			
INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO		<p>la forma de pago que serán, parciales por quincenas vencidas a los 15 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 Angeles, 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 tampoco se emitirán pagares. Las facturas deberán ser expedidas a la siguiente razón social: INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO domicilio: PASEO COLON S/N ESQUINA GENERAL FELIPE ANGELES, COLONIA VILLA HOGAR, C.P. 50170, TOLUCA, ESTADO DE MEXICO R.F.C.: IMI 011213 B04</p>		Paseo Colón s/n esquina General Felipe Angeles, 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		L.A.E. Jose Luis Trujillo Valdez, Jefe del Departamento de Tesorería	
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD Y/O SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO.		CONSTANCIA DEL PADRON DE PROVEEDORES EN SRA. DE SALUD Y SRA DE ADMON. Y FINANZAS DEL GOB. DEL ESTADO DE GUERRERO, FACTURAS ORIGINALES, ALTA DE ALMACEN, COPIA DE CERTIFICADO ANALITICO, CARTA DE CANJE DE VICIOS OCULTOS, CARTE DE CANJE POR CORTA CADUCIDAD, VERIFICACIÓN DEL SAT Y CONTRATO CON ANEXOS.		AV. RUFFO FIGUEROA, S/N., COL. BUROCRATAS, CHILPANCIANGO, GRO. C. P. 39090.		10:00 A. M. A 13:00 P.M. LUNES-VIERNES		LIC. JUAN MANUEL SANTAMARIA RAMIREZ.- SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.	
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 ABOVO EN CUENTA DE SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACAN (ACTUALIZADO). REMISIÓN ORIGINAL Y COPIAS, EN CASO DE RECIBIRSE EN UNIDADES DEBERÁ LLEVAR NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE QUIÉN RECIBE. (CORREO: recursosmateriales@salud.michoacan.gob.mx)		MOJUEL ARREOLA #500 POBLADO DE OCCUSEN, C.P. 58279, MORELIA, MICHOACAN		08:00-14:00		SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES 01443 3159391	
HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE		<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 Coordinación de Área de Finanzas y Contabilidad del Hospital del Niño Morelense y que contenga los siguientes datos. Indicar nombre completo y sin abreviaciones del Representante legal o el Administrador Único que contenga lo siguiente:</p> <p>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 CLABE (18 dígitos), Número de la plaza y ciudad de apertura de la cuenta bancaria</p> <p>DOCUMENTOS SOPORTE PARA LA VALIDACIÓN: Acta Constitutiva de la Empresa notarial, Copia del Estado de Cuenta Reciente (caratula), Copia legible y vigente de la identificación oficial del Representante legal o Administrador Único, Copia de la inscripción al Registro Federal de Causantes (R.F.C.)</p>		AV. DE LA SALUD No. 1 COL. BENITO JUAREZ EMILIANO ZAPATA, MORELOS C.P. 62765		13:00 a 15:00 hrs		C.P RODRIGO ORTIZ HERNANDEZ JEFE DE AREA DE CONTABILIDAD	

DEPENDENCIA/SECRETARIA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO		DIRECCION	HORARIOS DE PAGO	NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O AREA
SERVICIOS DE SALUD DE NAYARIT	CUATRO TANTOS DEL Comprobante Fiscal Digital por Internet (Factura), en la que se indique los bienes entregados y número de contrato. Impresión del archivo XML del CFDI. Archivo digital de la factura y archivo "XML", enviado al correo electrónico singlosar2017@hotmail.com, con copia para sircosolidadas@gmail.com. Impresión que computa el envío por correo electrónico sellado en el inciso que precede.; Impresión de la validación del Comprobante Fiscal Digital por Internet obtenido del sitio web https://verificafacturaelectronica.sat.gob.mx; Copia del contrato; Comprobante de la recepción con sello de recepción de los bienes a entera satisfacción de "LOS S.S.N."			CALLE GUSTAVO BAZ No. 33 SUR, FRACCIONAMIENTO FERRA JUNIPERO SERRA, CP. 63109, TEPIC NAYARIT	8:00 A 15:00	RESPONSABLE O AREA ARO CARLOS MARCELO CONTRERAS DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NAYARIT
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA	FACTURA, CONTRATO, FIANZA DE CUMPLIMIENTO, REMISION DEL ALMACEN, CARTA GARANTIA, CARTA DE LIBERACION PARA LA VENTA DE ANTIBIOTICOS			J.P. GARCIA N° 103 CENTRO, OAXACA CP 68000	9:00 A 13:30 HRS	CP XOCCHITL RODRIGUEZ MARTINEZ JEFA DE LA UNIDAD DE FINANZAS
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA CONSUNOS DEL FONDO DE APORTACIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA CONSUNOS DEL REGIMEN ESTATAL DE ROTECCION SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE OAXACA. GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA/S/SEGURO POPULAR SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DE QUINTANA ROO	FACTURA, CONTRATO, FIANZA DE CUMPLIMIENTO, REMISION DEL ALMACEN, CARTA GARANTIA, CARTA DE LIBERACION PARA LA VENTA DE ANTIBIOTICOS REQUISITOS: EL PROVEEDOR DEBERA ENTREGAR SUS FACTURAS A QUE SE REFIERE ESTE CONTRATO, PARA INICIO DE TRAMITE EN EL AREA DE SUPERVISION DEL GASTO PARA SU REVISION, VALIDACION Y TRAMITE DE PAGO, ES DE SEÑALAR QUE LAS FACTURAS DEBERAN ESTAR CORRECTAMENTE REQUISITADAS Y ACOMPAÑADAS DE LA DOCUMENTACION SOPORTE QUE SE MENCIONA A CONTINUACION: -Factura en original y 2 copias, la factura original deberá ser expedida a nombre de los Servicios Estatales de Salud; con RFC SSS961019TX9 ubicada en Chapultepec 267, Chetumal, Centro Quintana Roo 77000. -Remisión y/o acuse de recibido original del suministro de los bienes, dicho documento deberá contener los mismos datos que la factura omitiendo únicamente el precio de compra con las firmas de recibido, así como los sellos por parte de la unidad que recibe y del PROVEEDOR, y/o: -ADR original como constancia de la entrega de los bienes, debidamente firmado por el titular y administrador de la unidad que solicita con los sellos correspondientes. -Archivo XML en formato digital. La factura deberá entregarse en un plazo máximo de 7 (siete) días hábiles posteriores a la recepción de los bienes en los términos de este contrato, cumpliendo con los siguientes requisitos: -Datos Fiscales (de acuerdo a la normatividad vigente del servicio de administración tributaria referente a la emisión de comprobantes fiscales -Número de contrato -Unidad a la que se surte -Descripción/Prescripción/Clave del Producto/Cantidad de piezas/Precio unitario/Importe total Las facturas deberán tener impreso el número de cuenta, el banco y la clave interbancaria para la transferencia correspondiente. La factura deberá presentar desglosado el Impuesto al Valor Agregado y los documentos que en su caso se otorguen a SESA. SESA solo cubrirá el impuesto al valor agregado de acuerdo a lo establecido en las disposiciones fiscales vigentes en la materia, el cual deberá estar especificado en el monto. En caso de que las facturas entregadas por el PROVEEDOR para su pago, presenten errores o deficiencias, SESA dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes al de su recepción, indicará al PROVEEDOR las deficiencias que deberá corregir. El período que transcurra a partir de la notificación y hasta que el PROVEEDOR presente las correcciones, no se computará para efectos del plazo de pago. Una vez corregida la factura correspondiente, iniciará el cómputo del plazo mencionado. Es importante señalar que no se dará como recibida la factura en el área correspondiente, hasta que sea revisada y esta no cuente con alguna inconsistencia en la información, en caso de ser así, esta será devuelta para su corrección. Documentos: Acta constitutiva de la empresa y su inscripción del acta constitutiva de la empresa en el Registro Público de la Propiedad y el Comercio, /Fidei notarial del representante legal, si no consta en el acta constitutiva y su inscripción al Registro Público de la Propiedad y el Comercio. En caso de ser poseer derechos exclusivos sobre el bien o servicio, deberá presentar los registros correspondientes con el cual se acrediten los derechos exclusivos o titularidad de patentes, PROPIEDAD ECONOMICA.- Deberá adjuntarse en forma digital en CD o USB, en formato Excel/La inscripción o alta de la empresa ante el SAT /Registro Federal de contribuyentes, /Comprobante de domicilio (no mayor a tres meses) /Padrón de proveedores (vigente) /Identificación oficial con fotografía del representante legal.- (Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, Cédula profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública, Cartilla del Servicio Militar Nacional expedida por la Secretaría de Defensa Nacional) /3 (tres) últimas declaraciones fiscales del ejercicio fiscal que transurre; /Declaración anual del ejercicio fiscal próximo pasado; /Opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales (SAT). ***** De igual forma enviar todo lo anterior en archivo digital *****	A.V. CHAPULTEPEC 267, CHETUMAL, CENTRO QUINTANA ROO 77000	LUNES A JUEVES DE 9:00 A 14:00 HORAS	LIC. ALMA ROSA CHALE CUPUL.		
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI	A) ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ASÍ COMO COPIA SIMPLE PARA SU COTEJO DEL ACTA CONSTITUTIVA DE LA SOCIEDAD, LA QUE DEBERÁ CONTAR CON LA INSCRIPCION ANTE EL REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO, DE IGUAL FORMA DEBERÁ PRESENTAR LAS MODIFICACIONES QUE HUBIERE SUFRIDO LA SOCIEDAD A LA FECHA DE LA APERTURA DE PROPUESTA. (PERSONAS MORALES). B) EL REPRESENTANTE DEL LICITANTE ADJUDICADO DEBERÁ PRESENTAR EL PODER NOTARIAL EN DONDE SE ACREDITE TENER FACULTADES LEGALES Y REPRESENTACIÓN DE LA EMPRESA. ESTE REQUISITO NO ES NECESARIO PARA LAS PERSONAS FISICAS, EN CUYO CASO CUANDO EL LICITANTE FACULTE A UNA TERCERA PERSONA A ACTUAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA MISMA, BASTARÁ CARTA PODER RATIFICADA, CONTENIDO Y FIRMA ANTE NOTARIO PUBLICO DONDE SE LE OTORGUEN FACULTADES EXPRESAS PARA ACTUAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DEL LICITANTE. C) IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA DE LA PERSONA QUE SE PRESENTA Y QUE CUENTA CON FACULTADES PARA ELLO EN DONDE APAREZCA SU RUBRICA (ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA, ASÍ COMO COPIA SIMPLE PARA SU COTEJO).			PROLONGACION CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 PRIMER PISO, COL. LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78380, SAN LUIS POTOSI, S.L.P.	DE 08:00 A 15:00 HRS.	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS (444) 834-1100 Ext. 21243 Y 21305
SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA	Pedido debidamente requisitado, factura debidamente requisitada, remisión, fianza del cumplimiento			Cerro Montebello No. 150 Ote. Col. Montebello, Culiacán Sinaloa.	Martes y Jueves de 9:00 a 14:00 hrs.	Lic. Angel Alfonso Jackson Inzunza, Subdirector de Recursos Financieros.
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO	FACTURA ORIGINAL Y 6 COPIAS, DESPUES DE HABER REALIZADO ENTREGA EN EL ALMACEN QUE MARQUE EL PEDIDO, COPIA DEL PEDIDO (ALMACEN GENERAL, O ALMACEN DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS), DEBERA ENVIAR CORREO ELECTRONICO EL CUAL DEBE LLEVAR ASUNTO: NOMBRE DEL PROVEEDOR Y NUMERO DE FACTURA, PDF Y XML Y EL ABONO EN CUENTA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO (ACTUALIZADO). REMISION ORIGINAL Y 6 COPIAS, EN CASO DE RECIBIRSE EN UNIDADES DEBERA LLEVAR NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE QUIEN RECIBE. (CORREO: almascengeneralsalud@gmail.com)			AV. PASEO TABASCO 1504, CENTRO ADMINISTRATIVO DE GOBIERNO, COL. TABASCO 2000	08:00 A 14:00 HORAS DE LUNES A VIERNES (DIAS HABILES)	SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS 01 (993) 10 00 00 EXT. 81482

INSTITUTO I CANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO
CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARÍA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO			DIRECCIÓN	HORARIOS DE PAGO	NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O ÁREA
SECRETARÍA DE SALUD Y O.P.D. SALUD DE TLAXCALA	<p>PERSONA FÍSICA:</p> <p>1. OFICIO DE SOLICITUD PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA, EN HOJA MEMBRETADA DIRIGIDA AL L.A.E. MARIO HERNANDEZ RAMIREZ, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA, DONDE INFORME LA INSTITUCION BANCARIA, N.º DE CUENTA, DOMICILIO FISCAL, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO PARA DUDAS Y/O ACLARACIONES.</p> <p>2. COPIA FOTOSTATICA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.</p> <p>3. COPIA FOTOSTATICA DE IDENTIFICACION OFICIAL (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL).</p> <p>4. COPIA FOTOSTATICA DE CARTA DE CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA O CARATULA DE ESTADO DE CUENTA BANCARIA RECIENTE.</p> <p>5. COPIA FOTOSTATICA DE LA OPINION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EMITIDA POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA A LA FECHA.</p> <p>6. FACTURA CON SELLO DE RECIBO DE CONFORMIDAD Y DATOS DE QUIEN RECIBE.</p> <p>7. COPIA DEL PEDIDO</p> <p>PERSONA MORAL:</p> <p>1. OFICIO DE SOLICITUD PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA, EN HOJA MEMBRETADA DIRIGIDA AL L.A.E. MARIO HERNANDEZ RAMIREZ, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA, DONDE INFORME NOMBRE DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN BANCARIA, N.º DE CUENTA, DOMICILIO FISCAL, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO PARA DUDAS Y/O ACLARACIONES.</p> <p>2. COPIA FOTOSTATICA DE IDENTIFICACION OFICIAL DEL REPRESENTANTE LEGAL (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE O CEDULA PROFESIONAL).</p> <p>3. COPIA FOTOSTATICA DE PODER NOTARIAL.</p> <p>4. COPIA FOTOSTATICA DE CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.</p> <p>5. COPIA FOTOSTATICA DE CARTA DE CERTIFICACIÓN EMITIDA POR LA INSTITUCIÓN BANCARIA O CARATULA DE ESTADO DE CUENTA BANCARIA RECIENTE.</p> <p>6. COPIA FOTOSTATICA DE ACTA CONSTITUTIVA.</p> <p>7. COPIA FOTOSTATICA DE LA OPINION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FISCALES EMITIDAS POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA A LA FECHA.</p> <p>8. FACTURA CON SELLO DE RECIBO DE CONFORMIDAD Y DATOS DE QUIEN RECIBE.</p> <p>9. COPIA DEL PEDIDO.</p> <p>NOTA: LOS PROVEEDORES QUE ACTUALIZARON SUS DATOS BANCARIOS EN EL AÑO 2015 Y QUE NO PRESENTAN CAMBIO ALGUNO CON SU INFORMACION PROPORCIONADA, SOLO CONFIRMARÁN SUS DATOS A TRAVÉS DE LA CARTA MEMBRETADA PARA DAR CONTINUIDAD CON LOS PROCESOS DE PAGO.</p>	IGNACIO PICAZO NORTE NÚMERO 25, COLONIA CENTRO, CHAUHTÉMOC, TLAXCALA. C.P. 90800	JUEVES Y VIERNES DE 9:00 A 15:00 HRS	C.P. ELIZABETH CUATROTOZ MENDOZA, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA			
HOSPITAL DE LA MUJER	* FACTURA ORIGINAL, REMISION ORIGINAL CON SELLO DE RECIBIDO EN ORIGINAL, PEDIDO ORIGINAL, ORDEN DE SURTIMIENTO ORIGINAL, TODO EN 3 COPIAS	BOULEVARD REVOLUCIÓN NO. 3, COL. SAN BUENAVENTURA ATEMPAN, C.P. 90010	LUNES A VIERNES DE 10:00 -14:00 HRS	DR. JOSÉ HIPOLITO SANCHEZ HERNÁNDEZ, DIRECTOR DEL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA			
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.	JEFATURA DE ADQUISICIONES Prolongación Salvador Díaz Milón No 374 Colonia Santo Tomas Deleg. Miguel Hidalgo C.P. 11340 TEL 53-41-11-00 EXT 1608 Y 1610 HORARIO DE RECEPCION DE FACTURAS ES 9:00 A 14:00 HRS LOS DIAS LUNES Y MIERCOLES	ATRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA	LIC. ADRIANA INIESTA ROMERO JEFE DE ADQUISICIONES			
HOSPITAL JUÁREZ DEL CENTRO	FACTURA, REMISION SELADA POR LA FARMACIA DEL HOSPITAL, ORDEN DE SURTIMIENTO Y PEDIDO TODO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, EN CASO DE HABER ENTREGADO EN OTRA UNIDAD EL ORIGINAL, DEBERA INDICARSE PARA TRAMITE DE PAGO	Departamento de Presupuesto, Dr. Márquez No. 162 3er. Piso del Edificio Arturo Mundet Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720 Ciudad de México	LUNES A MIERCOLES DE 10:00 A 14:00 HORAS	Raúl Ángeles Aparicio, Jefe del Departamento de Presupuesto			
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	FACTURA, REMISION 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.	PLAZA SAN PABLO NÚMERO 13, COLONIA CENTRO, DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC, CÓDIGO POSTAL 09060, CIUDAD DE MÉXICO	ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA PAGO ES DE LUNES A MIERCOLES DE 9:00 A 13:30 HORAS Y DIAS HABILES A TRAVES DEL SIAF	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS			

CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARIA E INSTITUTOS		REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO			
OSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA, "BICENTENARIO 2010"		DIRECCION	HORARIOS DE PAGO	RESPONSABLE O AREA	
Las entregas de los bienes deberán realizarse con remisión original identificando número de lote y fecha de caducidad de cada una de las partidas y cuatro copias en el Almacén del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010, en Libramiento Guadalupe Victoria S/N, Área Pajaritos, Cd. Victoria, Tamaulipas, de Lunes a Viernes en horario de 9:00 a 15:30 hrs. Los proveedores deberán considerar el horario antes citado, para efectos de factibilidad en la entrega - recepción de los bienes en el mismo día. La factura deberá entregarse acompañada de una copia de la remisión con el sello de recepción del Almacén en la que se especifique la partida, clave, descripción precio unitario e importe. El Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010" emitirá documento de Recepción de Materia al proveedor directamente en el lugar donde se realiza la entrega, reiterando que el lugar de pago será en Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Deberá realizar una primera entrega considerando la cantidad mínima a los 10 días de formalizado el contrato y el resto se solicitará mediante Orden de Suministro de acuerdo a las necesidades del Hospital. Las fechas de entrega correspondientes a las cantidades adicionales, serán pactadas entre el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010 y el licitante.		En el Área de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd Victoria "Bicentenario 2010", en Libramiento Guadalupe Victoria S/N, Área Pajaritos, Cd. Victoria, Tamaulipas	9:00 a 15:00	RESPONSABLE O AREA C. P. Zola Flor Navaréz Alanz, responsable de Pagos	
PERSONAS FISICAS. ORIGINAL Y COPIA DE CONSTANCIA BANCARIA A 18 DIGITOS (CLABE) CON FIRMA AUTOGRÁFA, NÚMERO DE EJECUTIVO QUE CERTIFICA Y SELLO BANCARIO. ORIGINAL Y COPIA DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (RFC) O CEDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (CIF). ORIGINAL Y COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFIA. ORIGINAL DE ACREDITACION DE EXISTENCIA DE PERSONALIDAD JURIDICA. ESCRITO LIBRE PREFERENTEMENTE MENEBRETIADO CON DATOS DE CONTACTO (NOMBRE, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO) PERSONAS MORALES. ORIGINAL Y COPIA DE CONSTANCIA BANCARIA A 18 DIGITOS (CLABE) CON FIRMA AUTOGRÁFA, NÚMERO DE EJECUTIVO QUE CERTIFICA Y SELLO BANCARIO. ORIGINAL Y COPIA DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (RFC) O CEDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (CIF). ORIGINAL Y COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFIA. ORIGINAL DE ACREDITACION DE EXISTENCIA DE PERSONALIDAD JURIDICA. ESCRITO LIBRE PREFERENTEMENTE MENEBRETIADO CON DATOS DE CONTACTO (NOMBRE, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO).		CAJALDA DE TLALPANA 4502, COL. SECCION XVI, DELEGACION TLALPANA, CP. 14080	08:00 A 15:00 HORAS.	L. C. DARNE DALILA QUINTANAR BRAVO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TESORERIA	
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	El pago se realizará en moneda nacional mediante Transferencia Electrónica de Fondos (SAFET) dentro de los 20 (Veinte) días naturales contados a partir de la entrega de la factura original y sellada por los responsables, en el domicilio, horario y términos señalados, demás documentos en que conste la debida entrega en los términos del pedido, sellados y firmados, lo anterior conforme a las entregas programadas de los bienes, la cual deberá ser presentada en los lugares que se indica a continuación. Razón Social: Instituto Nacional de pediatría R.F.C. INP 830420387	Avenida Insurgentes sur 3700 letra C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, Ciudad de México	N/A	C. SILVIA TOLEDO AGUINAGA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TESORERIA TEL. 10840900 EXT. 1577 CORREO: stoledos@pediatria.gob.mx	
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO SPINOZA DE LOS REYES	Domicilio Fiscal: Insurgentes Sur No. 3700-C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, C. P. 045300, México, D.F. Factura original con cuatro copias fotostáticas, (únicamente se recibirán facturas que se encuentren debidamente requisitadas, la cual deberá consignar, entre otros, el número de contrato, clave del artículo, número de lote y fecha de caducidad de los bienes a entregar, el RFC y la dirección completa del Instituto (Insurgentes sur 3700 letra C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, Código Postal 04530, México, Distrito Federal) de conformidad con los artículos 29 y 29-a del Código Fiscal de la Federación, por lo que en caso de que la factura presente errores, el proveedor deberá realizar las correcciones necesarias y entregarla a más tardar el día hábil siguiente en el Almacén Farmacia.	MONTE SURALES 800/ COL. LOMAS VIRREYES, MIGUEL HIDALGO CIUDAD DE MEXICO C.P. 11000 EN EL DEPARTAMENTO DE ALAMCEN	10:00 AM A 14:00 PM	ELESBAN GOMEZ LUGO	
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LUIS JULIERMO IBARRA IBARRA	CONTRATO-PEDIDO ORIGINAL, FACTURA CON LOS DATOS FISCASLES DEL INSTITUTO CORRECTOS, DESCRIPCION DEL BIEN CON CLAVE DE ALMACEN Y SELLO ORIGINAL DE RECEPCION DEL MATERIAL, CREDENCIAL DE ELECTOR DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA COBRAR Y CREDENCIAL QUE IDENTIFIQUE COMO PERSONAL DE LA EMPRESA	Av. México Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe C.P. 14389 Tlalpan	horario martes y jueves de 10:00 a 14:00 hrs.	C. P. ANTONIO URIBE ANDRADE- SUBDIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS	
ERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA	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. El lugar de pago será en el Departamento de Tesorería de la Subdirección de Recursos Financieros del Instituto Nacional de Rehabilitación Av. México Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe C. P. 14389 Tlalpan, con horario de atención los días martes y jueves de 10:00 a 14:00 hrs.	Avenida San Buenaventura S/N esquina Niño Jesús, Colonia Tlalpan, Delegación Tlalpan, C. P. 14000, Ciudad de México, Teléfono 55-73-03-86.	De 9:00 a 14:30 horas.	Mtra. Norma Leticia Hernández Hernández- Subdirectora Administrativa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	
	HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ CONTRATO/PEDIDO. Remisión de Entrega firmada y sellada por cada Responsable del Almacén de Farmacia. Comprobante Fiscal, Conteniendo los datos del AREA REQUERENTE enunciada en el presente apartado. Carta de Garantía contra vicios ocultos y defectos de fabricación. Documentos solicitados en el apartado correspondiente a la "Plazo, lugar y condiciones de entrega de los BIENES" de la presente, original y 5 copias de cada documento.	Avenida San Buenaventura Número 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan, C. P. 14000, Ciudad de México, Teléfono 56-55-02-90.	De 9:00 a 14:30 horas.	C. P. David Rico Olvera- Subdirector Administrativo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	

INSTITUTO J. ANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
COORDINACIÓN CONTROL DE ABASTO
CONDICIONES DE PAGO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES CONSOLIDADAS

DEPENDENCIA/SECRETARIA E INSTITUTOS	REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO	DIRECCION	HORARIOS DE PAGO	NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE O AREA
HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO CONTRATO/ PEDIDO. Remisión de Entrega firmada y sellada por cada Responsable del Almacén de Farmacia. Comprobante Fiscal. Conteniendo los datos del AREA REQUERENTE enunciada en el presente apartado. Carta de Garantía contra vicios ocultos y defectos de fabricación. Documentos solicitados en el apartado correspondiente a la "Plazo, lugar y condiciones de entrega de los BIENES" de la presente. original y 5 copias de cada documento.		Autopista México-Puebla No. 83, Colonia Ampliación Santa Catarina, Municipio Valle de Chalco Solidaridad, C. P. 56519, Estado de México., Teléfono 58-60-15-73.	De 9:00 a 14:30 horas.	Mtro. Rafael Pazos Rincón.- Subdirector Administrativo del Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno"
CECOSAM CUAUHTÉMOC CONTRATO/ PEDIDO. Remisión de Entrega firmada y sellada por cada Responsable del Almacén de Farmacia. Comprobante Fiscal. Conteniendo los datos del AREA REQUERENTE enunciada en el presente apartado. Carta de Garantía contra vicios ocultos y defectos de fabricación. Documentos solicitados en el apartado correspondiente a la "Plazo, lugar y condiciones de entrega de los BIENES" de la presente. original y 5 copias de cada documento.		Avenida Enrique González Martínez Número 131, Colonia Santa María La Rivera, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06400, Ciudad de México, Teléfono 55-41-12-24.	De 9:00 a 14:30 horas.	Lic. Verónica Carillo López.- Administradora del CECOSAM Cuauhtémoc
CECOSAM IZTAPALAPA CONTRATO/ PEDIDO. Remisión de Entrega firmada y sellada por cada Responsable del Almacén de Farmacia. Comprobante Fiscal. Conteniendo los datos del AREA REQUERENTE enunciada en el presente apartado. Carta de Garantía contra vicios ocultos y defectos de fabricación. Documentos solicitados en el apartado correspondiente a la "Plazo, lugar y condiciones de entrega de los BIENES" de la presente. original y 5 copias de cada documento.		Guerra de Reforma s/n, Colonia Leyes de Reforma 3ª Sección, Delegación Iztapalapa, C. P. 09310, Ciudad de México, Teléfono 56-94-16-60.	De 9:00 a 14:30 horas.	C. Lucía Blancas Cortes.- Administradora del CECOSAM Iztapalapa
CECOSAM ZACATECO CONTRATO/ PEDIDO. Remisión de Entrega firmada y sellada por cada Responsable del Almacén de Farmacia. Comprobante Fiscal. Conteniendo los datos del AREA REQUERENTE enunciada en el presente apartado. Carta de Garantía contra vicios ocultos y defectos de fabricación. Documentos solicitados en el apartado correspondiente a la "Plazo, lugar y condiciones de entrega de los BIENES" de la presente. original y 5 copias de cada documento.		Calle Guanuco Número 323 Esquina Avenida Ticoman, Colonia San Pedro Zacateco, Delegación Gustavo A. Madero, C. P. 07360, Ciudad de México, Teléfono 55-86-02-59.	De 9:00 a 14:30 horas.	C. Miguel Darío Gutiérrez Rojas.- Administrador del CECOSAM Zacateco
OSPITAL GENERAL DE MEXICO, "DR. EDUARDO ICEGA"	FACTURA ORIGINAL Y 8 COPIAS, UNA COPIA DEL ARCHIVO XML, UNA COPIA DE LA VERIFICACION DEL SAT, 3 COPIAS DEL PEDIDO QUE EMITE EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO INCLUYENDO LA FIANZA.	DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS, SUBDIRECCION DE TESORERIA, UBICADO EN DR. BALMIS 148 COLONIA DOCTORES DELEGACION CUAUHTEMOC MEXICO DISTRITO FEDERAL C.P. 06726, PLANTA BAJA.	DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 14:00 HORAS.	C.P. GUSTAVO A. BELLOD DAVILA DIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS