



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
 BLVD. LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ No. 815
 SALTILLO, COAHUILA

Numero Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **15/07/2024**
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: **AA050GY26-I-171**
 bajo el: **Fracción II Art. 41**
 No. Compranet:
050GYR026117124-044-00
 No. de Pedido: **D4P0476**
 Elaboración: **05/07/2024** Impresion 05/07/2024

Proveedor: **MULTIEQUIPOS Y MEDICAMENTOS SA DE CV**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **CALLE SENDA OTOÑAL NUM. 4475 VILLA LAS FUENTES MONTERREY 64890**

Fecha de entrega: **15/07/2024**

R.F.C. **MME -120509-5G0** No. Proveedor : **00134909**

Partida presupuestal : **0320** **21053001**
 Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA**
 Lugar de entrega: **CTRA SAL-ZAC KM/22 PUENTE LA**

Circ. **05** Loc. **80** lnm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	01000053560000	LAMOTRIGINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: LAMOTRIGINA 100 MG ENVASE CON 28 TABLETAS.	832	ENV	59.00	49,088.00

Marca: "TRIMOLEP ORODISPERSABLE"
 Procedencia: MEXICO

Tipo Presen: TAB
 Cant Presen: 28

(*cuarenta y nueve mil ochenta y ocho pesos 00/100 M.N.*)

SUB. TOTAL \$ 49,088.00
I. V. A. \$ 0.00
TOTAL \$ 49,088.00

		administrador del pedido	
		LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ.	Autorización (N1) DR. JOSÉ VALERIANO IBÁÑEZ DE LA ROSA TIT. DEL ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
 BLVD. LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ No. 815
 SALTILLO, COAHUILA

Número Acuerdo:	No. de Evento: AA050GY26-1-171
Número de Sesión:	bajo el: Fracción II Art. 41
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: 15/07/2024	050GYR02617124-044-00
Núm. Dictamen Presup: S/N	No. de Pedido: D4P0476
	Elaboración: 05/07/2024 Impresión 05/07/2024

Proveedor: MULTIEQUIPOS Y MEDICAMENTOS SA DE CV

Dirección: CALLE SENDA OTOÑAL NUM. 4475 VILLA LAS FUENTES MONTERREY 64890

R.F.C. MME -120509-5G0 No. Proveedor : 00134909

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA

Circ. **05** Loc. **80** Im. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

No Requisición: PAC

Fecha de entrega: 15/07/2024

Partida presupuestal : 0320

Clasificación presupuestal : 21053001

- 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. Los medicamentos 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 denominan como "genéricos intercambiables" deberán contener la simbología G.I., de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1, vigente.
 - 3.5. El periodo 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 cambiar, dentro de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente a que sea requerido el cambio, 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 proveedor se obliga a otorgar, dentro del plazo de diez días naturales contados a partir de la aceptación de este instrumento, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente pedido por un importe del 10% (diez por ciento), del monto total del pedido, sin incluir el IVA. Si la entrega de los bienes se realiza dentro del plazo citado en el párrafo anterior, no será necesario otorgar la garantía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 48 de la LAASSP y 43.5 Capítulo X de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios (PBU) del IMSS.
 - 4.2. En el caso de que la garantía de cumplimiento se otorgue mediante fianza, deberá expedirse a favor del Instituto, conforme a los textos autorizados por la Dirección Jurídica del Instituto.
 - 4.3. La garantía de cumplimiento que entregue el proveedor, en aquellos contratos cuyo importe sea igual o menor a 600 (seiscientos) días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, podrá otorgarse mediante cheque certificado, para lo cual, se deberá seguir el procedimiento siguiente:
 - I. El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - II. Dicho cheque deberá ser resguardado, a título de garantía, en las áreas de Tesorería de las Delegaciones o UMAES de destino de los bienes.
 - III. El cheque será devuelto a más tardar el segundo día hábil posterior a que el Instituto constata el cumplimiento del contrato.
- En este caso, la verificación del cumplimiento del contrato por parte del Instituto deberá hacerse a más tardar el tercer día hábil posterior a aquel en que el proveedor de aviso de la entrega de los bienes objeto del presente contrato.
- 4.4. El incumplimiento en los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la cancelación del pedido o de la cantidad faltante y la aplicación de una sanción, consistente en el 10% del valor de lo incumplido. Lo anterior sin que sura efecto legal alguno cualquier inconvención 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 requisición y partida presupuestal.
 - 5.2. El pago de este pedido, se realizará a los 20 días naturales posteriores a la presentación de las facturas en las oficinas de trámite de erogaciones de las Delegaciones y UMAE receptoras de los bienes, bajo las siguientes consideraciones:

Toda entrega de bienes se considerará comprendida en un "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 aquel en el que se concluya el "Periodo mensual de entrega de bienes" en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

	administrador del pedido	Autorización (N1)
	LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ	DR. JOSÉ VALERIANO IBÁÑEZ DE LA ROSA
	TTT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ	TTT. DEL ORGANISMO DE OPERACION ADMINISTRATIVA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
 BLVD. LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ No. 815
 SALTILLO, COAHUILA

Numero Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: 15/07/2024
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: AA050GY26-1-171
 bajo el: Fracción II Art. 41
 No. Compranet
 050GYR026117124-044-00
 No. de Pedido: D4P0476
 Elaboración: 05/07/2024 Impresion 05/07/2024

Proveedor: MULTIEQUIPOS Y MEDICAMENTOS SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección: CALLE SENDA OTOÑAL NUM. 4475 VILLA LAS FUENTES MONTERREY 64890

Fecha de entrega: 15/07/2024

R.F.C. MME -120509-5G0 No. Proveedor : 00134909

Partida presupuestal : 0320 21053001

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KIM22 PUENTE LA

Circ. 05 Loc. 80 Imn. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

- 5.- DE LA FACTURACION
 5.1 Las facturas deberán describir los mismos artículos y la misma redacción del pedido, además mostrar claramente el número de pedido, número de requisición y partida presupuestal.
 5.2 El pago de este pedido, se realizará a los 20 días naturales posteriores a la presentación de las facturas en las oficinas de 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 aquel en el que se concluya el "Periodo mensual de entrega de bienes" en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

		administrador del pedido LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ.	Autorización (N1) DR. JOSÉ VALERIANO IBÁÑEZ DE LA ROSA TIT. DEL ORGANISMO DE OPERACION ADMINISTRATIVA
--	--	---	---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN COAHUILA
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO
 BLVD. LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ No. 815
 SALTILLO, COAHUILA

Número Acuerdo:
 Número de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **15/07/2024**
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento **AA050GY26-I-171**
 bajo el: **Fracción II Art. 41**
 No. Compranet
050GYR026117124-044-00
 No. de Pedido: **D4P0476**
 Elaboración: **05/07/2024** Impresion 05/07/2024

Proveedor: MULTIEQUIPOS Y MEDICAMENTOS SA DE CV

Dirección CALLE SENDA OTOÑAL NUM. 4475 VILLA LAS FUENTES MONTERREY 64890

R.F.C. MME -120509-5G0 No. Proveedor : 00134909

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA

Circ. 05 Loc. 80 Imn. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0

No Requisición: PAC

Fecha de entrega: 15/07/2024

Partida presupuestal : 0320 21053001

Clasificación presupuestal :

EL PROVEEDOR SE OBLIGA A ENTREGAR LOS BIENES EN LOS TERMINOS PACTADOS EN ESTE PEDIDO Y SE SUJETA A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO Y SU REGLAMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

CARGO

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)			
FECHA	DIA	MES	AÑO

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

OBSERVACIONES

	administrador del pedido LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ	Autorización (N1) DR. JOSÉ VALERIANO IBÁÑEZ DE LA ROSA TIT. DEL ORGANNO DE OPERACION ADMINISTRATIVA
--	--	---

Cadena original:

[REDACTED]

Firmante: MARTIN CASTRO FERNANDEZ

RFC: [REDACTED]

Número de Serie: 00001000000508188275

Fecha de Firma: 12/09/2024 01:19

Certificado:

[REDACTED]

Firma:

MZgltjrYdS9x1l1DArv/GfO4FN9D67iBPZl/xlUKfs/v0eC9tvJW28thftV2UfVA1TnbZ75X0vooHA+jWmewUpyB5u/kdML4WseJMDAm/MZHkGEFO3AoNgl2vyeOnZ8PRd2U7bBeGcPxSSlKGgi j10EggwS7Ct7gr2askVKndMFTsKYQ3h4Bf3xQoVuKijc4zm9WN+ZdBwAt6lLy8Rnue+uspT+gLK38kE6vOo0ZGK14dukqEgqQetdGKBrbgxz1THHSJ3XNIEoW1Zwes04LYsxUwdy2qdZCSeuRi9rNvYhx4JECxLzwsxI4NAmRW8JXTaPQ26Y7piZ6JWdg+3QHbNw==

Firmante: JOSE VALERIANO IBAÑEZ DE LA ROSA

RFC: [REDACTED]

Número de Serie: 00001000000516250968

Fecha de Firma: 13/09/2024 10:32

Certificado:

[REDACTED]

Firma:

K1uAhj5KnBXzx//KCN1aOonn2dVfg06JeHJUvaciDRs1HHR3oaFwc94ScwMaJS+c085Lgd+Bp+FFCHofYzCqhDrVRT59uFs/cftm4faoaRrqsjMGqt.xlAvUDAhNJYuGmjAsHAV5x0PKaL4FACQLJ5OV7rjY2NcE BdcJeLn5IUBPV1TJZg51PMDdfmATBdfKezT13fo+8lqgZf8N/nIP5R79Xula3vp4U3hpcP0AP35+KaS7he/n89fASLnx+RyB8UtxUPsegs3+3dBqChusH2Vt36e6XHryd7GB1R2m24kGqb1YP5jL51eHBDkTUkW8jXF+XjGqWPs8ZYdp4y3Gw==

Firmante: MULTIEQUIPOS Y MEDICAMENTOS SA DE CV

RFC: MME1205095G0

Número de Serie: 00001000000708940676

Fecha de Firma: 13/09/2024 11:11

Certificado:

[REDACTED]

Firma:

JicHLaVSjo19+TtN1TyHKQ01GARak/vwG73L/qO4RgCqvHEQf3LRYeBVaJRsmB1OaGWvcIGCoVGYTYXJ10XAJ1q8xB/y4AlgCOXMCiQaHwK3uqSFhHMFz2/zIV62JuEAhtPDCu55nW4Uz1kg9pMn6dHPjGzNtWM
BZyAH3FTj8TQJ0E4M913K+xG+uPExm+jYvnH6ZVX/kumgaJj0HrgYnvQKP+5sbjiQIONNLRfLX3fshEPz9nz/W3fu1UWoCq4DQVRBdt1a2ZfW4VVuiq2j+uZi825oRuJF12oeR7sOgFk+C9h4u28cvIZV+kEYaSk
1aGDEXz54FmRm4WFPQTCNA==