



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: 29/04/2024
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: AA050GY026-1-51
 bajo el: Fracción II Art. 41
 No. Compranet:
 050GYR026105124-049-00
 No. de Pedido: D4P0131
 Elaboración: 19/04/2024 Impresion 19/04/2024

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, S.A. DE C.V.

No Requisición: PAC

Dirección: MONTE BLANCO NUM.1180 LOMAS INDEPENDENCIA GUADALAJARA 44350

Fecha de entrega: 29/04/2024

Partida presupuestal : 0401 21053002

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

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

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

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	06084104861101	SUTURAS. SINTETICAS NO ABSORBIBLES MONOFILAMENTO DE NYLON CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA: 45 CM CALIBRE DE LA SUTURA: 2-0 CARACTERISTICAS DE LA AGUJA: 3/8 DE CIRCULO CORTANTE (19-26 MM). ENVASE CON 12 PIEZAS.	985	ENV	194.97	192,045.45

Marca: DEMELON
 Procedencia: ESTADOS UNIDOS

Tipo Presen: PZA
 Cant Presen: 12

SUB. TOTAL \$ 192,045.45
 I. V. A. \$ 30,727.27
 TOTAL \$ 222,772.72
 (doscientos veintidos mil setecientos setenta y dos pesos 72/100 M.N.)

		administrador del pedido LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIEN	Autorización (N°1) DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE DEL ORGANNO 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:
 Numero de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido: **29/04/2024**
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: **AA050GY026-I-51**
 bajo el: **Fracción II Art. 41**
 No. Compranet
050GYR026I05124-049-00
 No. de Pedido: **D4P0131**
 Elaboración: **19/04/2024** Impresión **19/04/2024**

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, S.A. DE C.V.

Dirección: MONTE BLANCO NUM.1180 LOMAS INDEPENDENCIA GUADALAJARA 44350

No Requisición: PAC

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

Fecha de entrega: 29/04/2024

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Partida presupuestal : 0401

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA

Clasificación presupuestal : 21053002

Circ. 05

Loc. 80

Imm. 01

T.S. 15

E. 0

U. 90 P. 0

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 sobrehimpresión 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 canjear, dentro de un plazo de 15 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 GARANTIA 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 (PBI), 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 inconstancia 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, 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 1 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 EQUIPAMIENTO
	Autorización (N1) DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE 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: 29/04/2024
Núm. Dictamen Presup. S/N

No. de Evento: AA050GY026-I-51
bajo el: Fracción II Art. 41
No. Compranet
050GYR026105124-049-00
No. de Pedido: D4P0131
Elaboración: 19/04/2024 Impresion 19/04/2024

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, S.A. DE C.V.

Dirección: MONTE BLANCO NUM.1180 LOMAS INDEPENDENCIA GUADALAJARA 44350

No Requisición: PAC
Fecha de entrega: 29/04/2024

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

Partida presupuestal : 0401 21053002
Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA
Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KMM22 PUENTE LA

Circ. 05 Loc. 80 Inm. 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 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 "Período 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 aquí en el que se concluya el "Período mensual de entrega de bienes" en el que haya efectuado la entrega objeto de este pedido.

	administrador del pedido LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ	Autorización (N1) DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE
	TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIENTO	DEL ORGANNO 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:
 Numero de Sesión:
 Fecha de Acuerdo:
 Fecha Terminación del pedido:**29/04/2024**
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento **AA050GY026-1-51**
 bajo el: **Fracción II Art. 41**
 No. Compranet
050GYR026105124-049-00
 No. de Pedido: **D4P0131**
 Elaboración: **19/04/2024** Impresion 19/04/2024

Proveedor: GOMEN HEALTH CARE, S.A. DE C.V.

Dirección MONTE BLANCO NUM.1180 LOMAS INDEPENDENCIA GUADALAJARA 44350

No Requisición: PAC
Fecha de entrega: 29/04/2024

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

Partida presupuestal : 0401 21053002
Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA Circ. **05** 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

administrador del pedido

LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ

Autorización (N1)

DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE

TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIENTT. DEL ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA

Cadena original:



Firmante: LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE

RFC: [REDACTED]

Número de Serie: 00001000000508182020

Fecha de Firma: 15/05/2024 18:44

Certificado:



Firma:

T712vDA51EzmKtc+t2GhJczv1oJRvMtHOhbHgnzMTkX/fX/Qujsh6CrkHVgGvXsRf1IUYdAjBfiYAuH6t819Mul+Z4yc/iAKug3obbDmKH8/tN1JPrsJvnKyRsYEe403vg9tpRrpA98ucZOVn4UwclhwfpVexGcFgKRPgimQiB3wT8BTfGh0EBV3lVQpsNL0jZokMGqvmRcjdPfxHCsYGX8Ygfa6Yt+Odd+R4yhal3/Qs7HnNmU2yalsngCeBiCeExs+HcVcgBkd1ANYUIN6exg7kS2f47WSe6Vh0rLiaPpygEluz8jF+GotZQYrZ6R3+nOFmznJhdvvgZHQFE9sw==

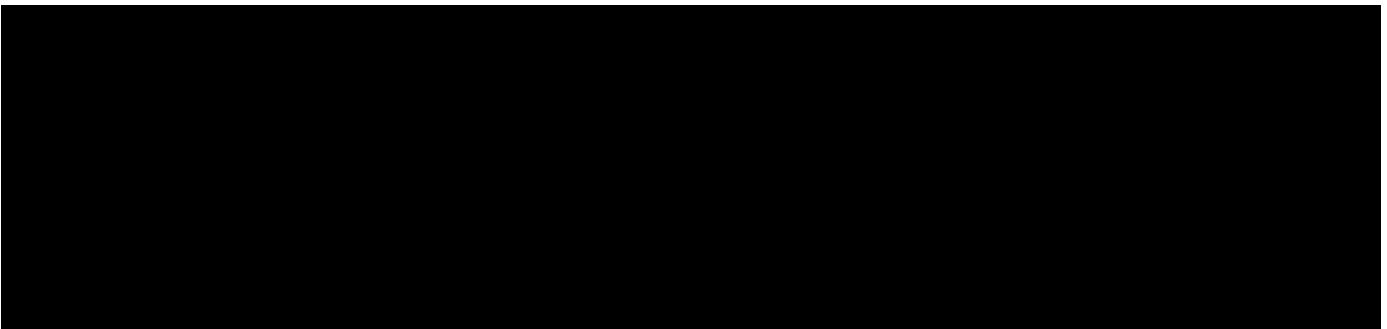
Firmante: MARTIN CASTRO FERNANDEZ

RFC: [REDACTED]

Número de Serie: 00001000000508188275

Fecha de Firma: 20/05/2024 10:04

Certificado:



Firma:

R+KKipc97GYbIMJ4vTz0M2pcixN/MowdPq1XBInzaTWSE01Ab7w5snkh7FvNU7CnGc/3XG1VL5aGcbiv3SDrhlSEWzQyTWFVMDMTn9dn1bELB3w+2rXdEYdAOErBpoGozqCukxENYD1GKCMmmjVFOe5ZRalq5IC0jXBWD7Dyvj/jzkJKT79H31GhvOH2+7cYKeF8B7axnBYA2gqtSpEQ3AIFi0NCwQ10C+M8xadqYopikNubC2m/z/yjzaethFPOPYYTJEFrK0Tck/Ae/omjeHSAjnSEQRsU1zbH6hya0T3HsI/ek+C2SA8FE480+CwCn6ziwxANU35no+wU81nTg==

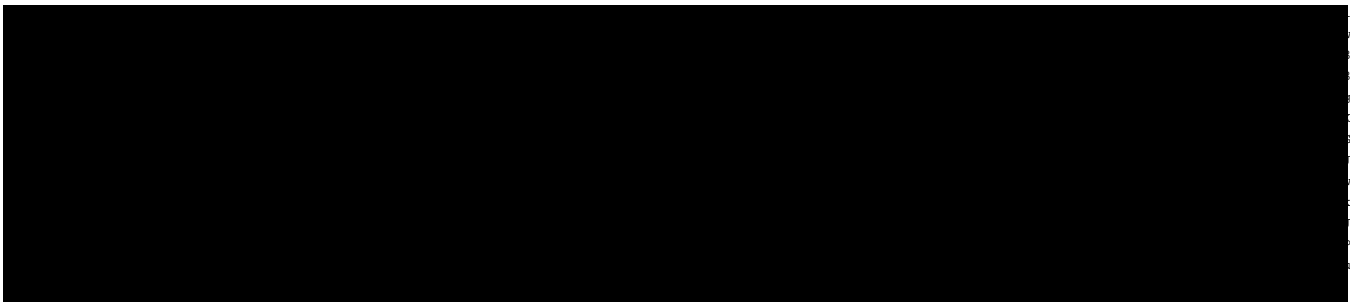
Firmante: GOMEN HEALTH CARE SA DE CV

RFC: GHC130924B82

Número de Serie: 00001000000700893049

Fecha de Firma: 21/05/2024 11:03

Certificado:



Firma:

SE TESTA R.F.C., DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, CADENA ORIGINAL Y CERTIFICADOS POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE PERSONAS FÍSICAS INIDENTIFICADAS E IDENTIFICABLES, CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR SU ESFERA JURÍDICA. LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 113 FRACCIÓN I DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

S/BXTdeR8atig7110S+PsCD1V3VNPcKsWRtxrWv+Z2VaNx9ePlsE/Kge2/aETvr:j7cSvj0rQpFEkVn1ToPJG1obMCDYRCUQgPYesaWFsqTcAkd0ed0t+Y4MjOPXLj25VmRFJUQFwMRDHo+cs01aAdMcBoMxKypVb
TnYcmfm5eaDsvRF+WIVw+Gwdu+XdgFx+QJmKC6xnGrQkDFQDgT8g9jWq2CVyZgCAWCcOyXX1oIiEumraOKbV2fvMqe+jKAQRk7rWs7bkJFM7vpjbltomg/z0yAaWraha0YF/FNo7fiP1BPbuqx/SFP0x05S05Xho
+e0eM2kRqNoKhTbwSuvkMQ==