



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:  
**050GYR026105124-054-00**  
 No. de Pedido: **D4P0133**  
 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**

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

Partida presupuestal : **0401** **21053002**

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA**

Clasificación presupuestal :

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

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

| Partida | Clave del Artículo | Descripción   | Cantidad | Unidad | Precio | Importe Total |
|---------|--------------------|---|----------|--------|--------|---------------|
| 1       | 06020700130002     | CIRCUITOS. DE VENTILACION PARA ANESTESIA DE POLIVINILO CONSTA DE DOS MANGUERAS UN FILTRO CONEXION EN Y DE PLASTICO CODO MASCARILLA Y BOLSAS DE 3 Y 5 LTS. EQUIPO. | 2418     | EQP    | 189.52 | 458,259.36    |

Marca: **ALTECH**  
 Procedencia: **MEXICO**

Tipo Presen: **EQP**  
 Cant Presen: **1**

*( quinientos treinta y un mil quinientos ochenta pesos 86/100 M.N.)*

**SUB. TOTAL \$ 458,259.36**  
**I. V. A. \$ 73,321.50**  
**TOTAL \$ 531,580.86**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | administrador del pedido                   |  |
|  |  | LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ               |  |
|  |  | TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIENTO |  |
|  |  | Autorización (N°1)                         |  |
|  |  | DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE            |  |
|  |  | DEL ORGANODE 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  
 050GYR026I05124-054-00  
 No. de Pedido: D4P0133  
 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**

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

**Partida presupuestal : 0401 21053002**  
**Clasificación presupuestal :**

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

**Circ. 05 Loc. 80 Im. 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 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 aquél 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<br>LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ | Autorización (N1)<br>DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE |
|  | TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIEN                 | T. 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:  
 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  
 050GYR026105124-054-00  
 No. de Pedido: D4P0133  
 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 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<br>LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ                           | Autorización (N1)<br>DR. LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE |
|  | TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIPAMIENTT. DEL ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA |  |

Cadena original:

[Redacted]

Firmante: LEOPOLDO SANTILLAN ARREYGUE

RFC: [Redacted]

Número de Serie: 00001000000508182020

Fecha de Firma: 15/05/2024 18:42

Certificado:

[Redacted]

Firma:

rpPBbIC9UqEybTO/4prZ+heTdyRPrHcnREEBkKzJ83mPnBK7PgCnOaETJ4xw/x2x9kcyrFhoKMdGEzh2N2oCu5FmcGLLa8GwKhmLz/LriPRBi6H8Ns/3GigWmqIM6fNGDP1ImuFQIXDhN39DO2a6ahWx1FGJGCB+ZiYhiZvan70B/4DzJNF21AQXaK6gywvOz3yDypNvPKcvcDtHSQtv0hdZvjl2E5S8tUq2v71h+8RDj1cn7JcXpJDSLPIbPRkT0YL3JVfhtOUX3xkuLLCj3vmTh5v929Fe8cCwp2fNTQJopzW412FwT8Fk1jmxLqTis1PlzdsWXDUz45/9B2A==

Firmante: MARTIN CASTRO FERNANDEZ

RFC: [Redacted]

Número de Serie: 00001000000508188275

Fecha de Firma: 20/05/2024 10:06

Certificado:

[Redacted]

Firma:

LJ38aMqjTVkWKTPJAg7MS9Y0ZMBBeChjj/jE/xv7AfpmBNGWPIq0ajsAzpmsi3/ySNri2k+J8j2rCgqv5K16FUYjVYcxPNarwELTJoHQUaxcX82b4hoJy8j8pEHJC461FdYwa15+hHx5nAddOCur1w6OfUeEdhxzBDTK6ZPJ4mEz1xqCupeHZ7d9N13hvpF99zmK8wIjc+WYGZ7GKBjvraFfxK6D8vvlzsq0m4e9Ph1TcziCA3nT/Mkm1/rpKozRnb9SYajKYM2/AtKPQYe61nlu8+7b2hKEvBVEzfd6ON35RzwPKXbV1Y6oJmqaAuXm5V9YPa0o+m9pgZGSKkRA==

Firmante: GOMEN HEALTH CARE SA DE CV

RFC: GHC130924B82

Número de Serie: 00001000000700893049

Fecha de Firma: 21/05/2024 11:00

Certificado:

[Redacted]

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.

Contrato: 050GYR026I05124-054-00

KbB2SszkDRNIjUt/4zRjfRaonbmmkc0fkAzBC9B5magfIHLccZ3NZx2Zs2S51gwoKgnz3MpE1lo6bfJXQ/WyXvLOQ3IMcsWoEg5q3gKkcuxfCsX9B15gPrVh1SQZ7uifM68W0sUZRqKgKBe0CLTw/ffCCImzluZV  
+fsTJeFNikFl/vsgezoDgFS0R1tT7FeryBozeBWu0/egC79L8b74LEma6zd5gnhdBjeB900ChFmmYEvj7cqW472aFts0xiOxrhH9zL9Fm1ftCLu7QzhzOpFgRozyZ9nDyih9GMQ7a08qKL03KMBpD+HcnfnDiNLt  
0YyVJzQ3RW34hEFpFQKgIA==