

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: 03/10/2024
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: AA050GY26-I-236
 bajo el: Fracción II Art. 41
 No. Compranet:
 050GYR026I23624-001-00
 No. de Pedido: D4P0904
 Elaboración: 23/09/2024 Impresion 23/09/2024

Proveedor: PROV. DE INSUMOS MEDICOS PARA LA VIDA, SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección: AV. HOMERO NUM. 4802 INT. LOCAL 109 CAMPO BELLO CHIHUAHUA 31124

Fecha de entrega: 03/10/2024

Partida presupuestal : 0301 21053001

R.F.C. PIM -201008-K10 No. Proveedor : 00150344

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Circ. 05 Loc. 80 Inm. 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 010000 43070000 CILOSTAZOL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CILOSTAZOL 100 MG ENVASE CON 276 ENV 229.00 63,204.00

Marca: CILOSTAZOL
 Procedencia: COLOMBIA

Tipo Presen: TAB
 Cant Presen: 30

SUB. TOTAL \$ 63,204.00
 I. V. A. \$ 0.00
 TOTAL \$ 63,204.00
 (sesenta y tres mil doscientos cuatro pesos 00/100 M.N.)

		administrador del pedido	Autorización (N1)
		LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ	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: 03/10/2024
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: AA050GY26-I-236
 bajo el: Fracción II Art. 41
 No. Compranet
 050GYR026I23624-001-00
 No. de Pedido: D4P0904
 Elaboración: 23/09/2024 Impresión 23/09/2024

Proveedor: PROV. DE INSUMOS MEDICOS PARA LA VIDA, SA DE CV

No Requisición: PAC

Dirección: AV. HOMERO NUM. 4802 INT. LOCAL 109 CAMPO BELLO CHIHUAHUA 31124

Fecha de entrega: 03/10/2024

R.F.C. PIM -201008-KIO No. Proveedor : 00150344

Partida presupuestal : 0301 21053001

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 PUENTE LA

Circ. 05 Loc. 80 Imn. 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 sobrintención 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 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 (PBL) 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 constate 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 aplicación de una sanción, consistente en el 10% del valor de lo incumplido. Lo anterior sin que surta efecto legal alguno cualquier inconformidad 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 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.

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



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: AA050GY26-1-236
Número de Sesión:	bajo el: Fracción II Art. 41
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: 03/10/2024	050GYR026123624-001-00
Núm. Dictamen Presup: S/N	No. de Pedido: D4P0904
	Elaboración: 23/09/2024 Impresion 23/09/2024

Proveedor: PROV. DE INSUMOS MEDICOS PARA LA VIDA, SA DE CV **No Requisición: PAC**

Dirección: AV. HOMERO NUM. 4802 INT. LOCAL 109 CAMPO BELLO CHIHUAHUA 31124 **Fecha de entrega: 03/10/2024**

R.F.C. PIM -201008-K10 **No. Proveedor : 00150344** **Partida presupuestal : 0301** **21053001**

Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN COAHUILA **Clasificación presupuestal :**

Lugar de entrega: CTRA SAL-ZAC KM22 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 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 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	Autorización (N1)
		LIC. MARTIN CASTRO FERNANDEZ TIT. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQ	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: 03/10/2024
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento AA050GY26-1-236
 bajo el: Fracción II Art. 41
 No. Comprasnet
 050GYR026123624-001-00
 No. de Pedido: D4P0904
 Elaboración: 23/09/2024 Impresion 23/09/2024

Proveedor: PROV. DE INSUMOS MEDICOS PARA LA VIDA, SA DE CV

Dirección AV. HOMERO NUM. 4802 INT. LOCAL 109 CAMPO BELLO CHIHUAHUA 31124

No Requisición: PAC
 Fecha de entrega: 03/10/2024

R.F.C. PIM-201008-K10 No. Proveedor : 00150344

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

Partida presupuestal : 0301 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.

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

Cadena original:



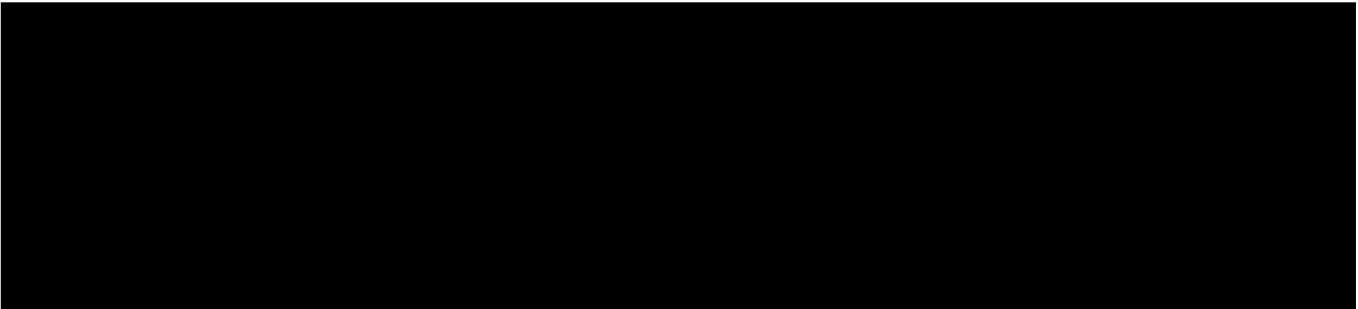
Firmante: MARTIN CASTRO FERNANDEZ

RFC: [REDACTED]

Certificado:

Número de Serie: 00001000000508188275

Fecha de Firma: 07/10/2024 12:03



Firma:

MZgl1tjrYdS9x11LDarv/GfO4FN9D67iBPZ1/xlUKfs/v0eC9tvJW28thftV2UfVA1TnbZ75X0vooHA+jWmewUpyB5u/kdML4WseJMDAm/MZHkGEFO3AoNGL2vyeOnZ8PRd2U7bBeGcPxSS1KGgi1j0Eggs7Ct7gr2askVKndMFTsKYQ3h4Bf3xQoVuKijc4zm9WN+ZdBwAt61Ly8Rnue+uspT+gLK38kE6vOc0ZGK14dukqEgqQetdGKBrbgxz1THHSJ3XNIEoW1Zwes04LYsxUwdy2qdZCSeuRi9rNvYhx4JECxLzwsxI4NAmRW8JXTaPQ26Y7piZ6JWdg+3QHbNw==

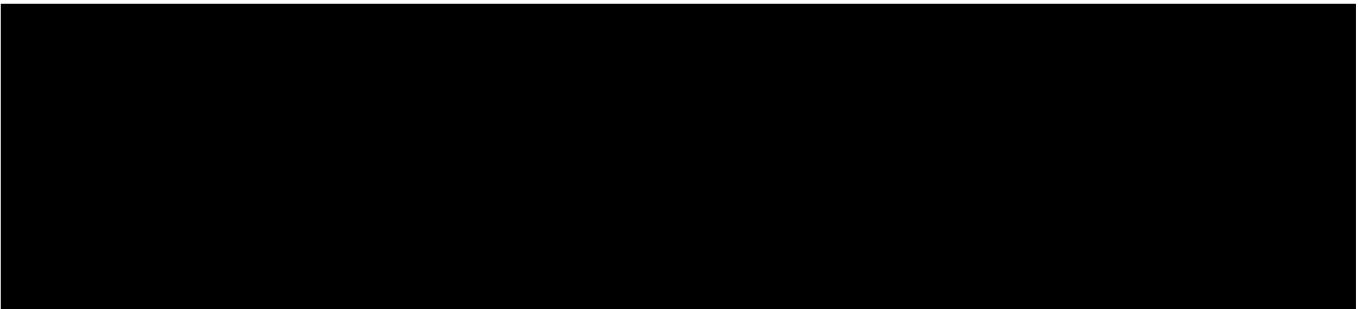
Firmante: JOSE VALERIANO IBAÑEZ DE LA ROSA

RFC: [REDACTED]

Certificado:

Número de Serie: 00001000000516250968

Fecha de Firma: 09/10/2024 09:40



Firma:

K1uAhj5KnBXzx//KCN1aOonn2dVfg06JeHJUvACiDRs1HHR3oaFwc94ScwMaJS+CO85Lgd+Bp+FFCHOfYzCqhDrVRT59uFs/cftm4faoaRrqsjMGqtXlAvUDAhNJYuGmjAsHAV5x0PKaL4FACQLJ5OV7rjY2NcEBdcJeLn5IUBPV1TJZg51PMDdfmATBdfKezT13fo+8lqgZf8N/nIP5R79XulA3vp4U3hpcP0AP35+KaS7he/n89fASLnx+RyE8UtxUPsegs3+3dBqChusH2Vt36e6XHryd7GB1R2m24kGqb1YP5jL51eHBDkTUkW8jXF+XjGqWPs8ZYdp4y3Gw==

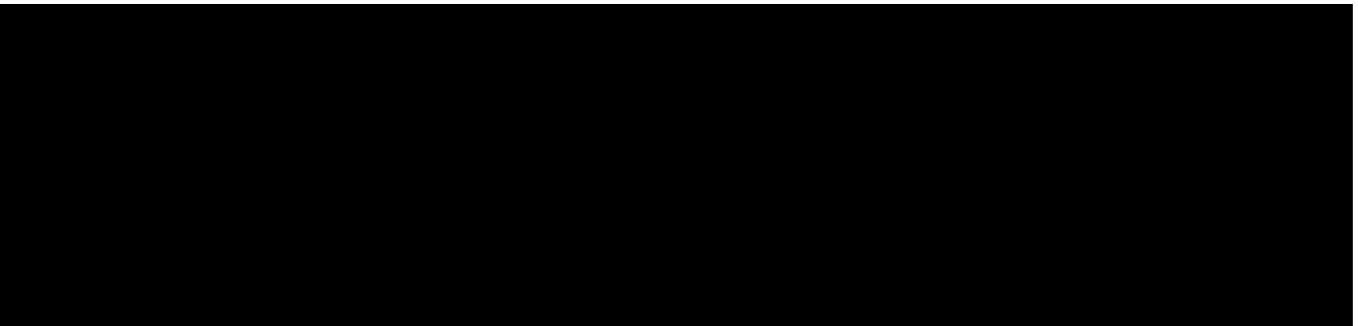
Firmante: PROVEEDORA DE INSUMOS MEDICOS PARA LA VIDA SA DE CV

RFC: PIM201008KIO

Certificado:

Número de Serie: 00001000000505922734

Fecha de Firma: 14/10/2024 17:21



Firma:

oliFL5k3xDfoTx0jM+D4jww61SWIngXzaFOmgs10CkNs4s1+JXcfp2aGEm7UIQyRe2B4gde/uQ7RgLk6mgzCeRHQnlwfq1N2Ces//LyFc2yhqrzff0o8zxumT93Vlvrvkjkb2Xd50VnLGSbpbAkpcSuMHC1EA8Gq
PablsRfXBDC151170kAP9hiHIA/e0FfDupH1fXuy+Bs+Lrsm8tJtQ3JaMI59UiX6yp9w36wGuhEFw+9j/kY/1PHYXLtpMgEyy5Tvm1jCL2Bmv+sAvsCOLNjFTX9HdL175aQTO6mbhtTsCK6nvTOb+Pr94GcT762
GJWdezURc8/to6sf34DTg==