



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO

PEDIDO

050GYR010T05425-001-00/D5M0647

FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V. DOMICILIO: VIADUCTO TLALPAN No. 3222, COLINIA VIEJO EJIDO SANTA URSULA COAPA, C.P. 04980, COYOACAN, CIUDAD DE MEXICO.			CONDICIONES DE ENTREGA				FECHA DE ENTREGA				FECHA	DIA	MES	AÑO	HOJA DE				
			LUGAR DE ENTREGA: FARMACIA DEL HGZ No. 1				02 DE MAYO DE 2025					21	04	25	1	4			
P.P.A.P.F.	REG. FED. CON.	AFILIACIÓN	COTIZACIÓN No.	DIA	MES	AÑO	LICITACIÓN NUM.				REQUISICIÓN NO.								
	FMA9301181B1			21	04	2025	AA-50-GYR-050GYR010-T-54-2025				0010								
UNIDAD SOLICITANTE HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1			CLASIFICACION PRESUPUESTAL											RELACIÓN DE ENVÍO A SECOFI		NUM.	DIA	MES	AÑO
			NUM. PROVEEDOR		CENTRO DE COSTOS			PART. PREST.			NIM. DE ESPECIFICACIONES O DIBUJOS								
LUGAR DE ENTREGA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 AV. NORMAL NO. 200 PREDIO CANOAS C.P. 34077 DURANGO, DGO., FARMACIA HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1			0000035933		200200			51251007											
DESTINO FINAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1			NUMERO DE PROVEEDOR PREI MILENIUM 0000035933								CONDICIONES DE PAGO A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS								
			PACIENTE: ALLISON ITZEL MARTINEZ ASTORGA NSS: 3192760637 3F2017OR								20 DIAS								

No.	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE TOTAL
1	010.000.7092.00 SELUMETINIB CÁPSULA. CADA CÁPSULA CONTIENE: SELUMETINIB 10 MG. CAJA CON 60 CÁPSULAS. (SON: CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.)  ADQUISICION AMPARADA EN EL ARTICULO 55 DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO  CUENTA A AFECTAR 51251007	4	PZA.	\$107,474.19	\$429,896.76
				SUBTOTAL	\$429,896.76
				TOTAL	\$429,896.76

AREA REQUIRIENTE	ADMINISTRADOR DEL PEDIDO	
<i>Dr. José Francisco Gallegos Isais</i> Director del HGZ 1	<i>Dra. Ana Isabel Flores García</i> Subdirectora Médica del HGZ 1	
AREA CONTRATANTE	AREA CONTRATANTE	REPRESENTANTE LEGAL
<i>Lic. José Magdaleno Varela Gutiérrez</i> Jefe del Depto. de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	<i>C.P. Carlos Enrique Galindo Rodríguez</i> Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos	<i>Mtra. Claudia Díaz Pérez</i> Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO

PEDIDO  
**050GYR010T05425-001-00/D5M0647**

FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V. DOMICILIO: VIADUCTO TLALPAN No. 3222, COLINIA VIEJO EJIDO SANTA URSULA COAPA, C.P. 04980, COYOACAN, CIUDAD DE MEXICO.			CONDICIONES DE ENTREGA				FECHA DE ENTREGA				FECHA	DIA	MES	AÑO	HOJA DE		
			LUGAR DE ENTREGA: FARMACIA DEL HGZ No. 1				02 DE MAYO DE 2025					21	04	25	1	4	
P.P.A.P.F.	REG. FED. CON.	AFLIACIÓN	COTIZACIÓN No.	DIA	MES	AÑO	LICITACIÓN NUM.				REQUISICIÓN NO.						
	FMA9301181B1			21	04	2025	AA-50-GYR-050GYR010-T-54-2025				0010						
UNIDAD SOLICITANTE HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1			CLASIFICACION PRESUPUESTAL														
			NUM. PROVEEDOR		CENTRO DE COSTOS				PART. PREST.		RELACIÓN DE ENVÍO A SECOFI		NUM.	DIA	MES	AÑO	
LUGAR DE ENTREGA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 AV. NORMAL NO. 200 PREDIO CANOAS C.P. 34077 DURANGO, DGO., FARMACIA HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1			0000035933		200200				51251007		NIM. DE ESPECIFICACIONES O DIBUJOS						
			CONDICIONES DE PAGO A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS														
DESTINO FINAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1			NUMERO DE PROVEEDOR PREI MILENIUM 0000035933										20 DIAS				
			PACIENTE: ALLISON ITZEL MARTINEZ ASTORGA NSS: 3192760637 3F2017OR														

CLÁUSULAS PARA RECEPCIÓN Y TRAMITE DE PEDIDOS.

- 1.- DEL PEDIDO
  - 1.1 Este pedido se sustenta en la proposición presentada por el proveedor mediante la plataforma Compras MX.
  - 1.2 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a surtirlo en el plazo, cantidad, lugar y condiciones de entrega señaladas en el mismo, por lo que cualquier aclaración sobre su contenido, deberá efectuarse por escrito ante la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento en un plazo máximo de 24 horas hábiles después de la fecha de recepción del pedido, transcurrido ese lapso, este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO POR EL PROVEEDOR.
  - 1.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá cancelar este pedido, total o parcialmente, si el proveedor no cumple con las condiciones establecidas en el mismo o bien exigir que se cumplan dichas condiciones, en ambos casos, el proveedor se hará acreedor a la sanción establecida en la cláusula 4.4 de este pedido.
  - 1.4 El proveedor manifiesta bajo protesta de decir verdad no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal de Derechos de Autor, ni a la Ley de la Propiedad Industrial, para ser susceptible en su caso, de adjudicación.
  - 1.5 El proveedor declara, bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90 penúltimo párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).
  - 1.6 En caso de aplicar, para efectos del artículo 32 D del Código Fiscal de la Federación, el proveedor hace la entrega de la opinión actualizada emitida por el SAT, en la que se acredita que se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales.
  - 1.7 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor.
  - 1.8 Todos los impuestos y derechos, tanto federales como estatales o municipales, o de cualquier otra naturaleza, serán a cargo del proveedor, con excepción del Impuesto al Valor Agregado.
  - 1.9 El proveedor se obliga a dar las facilidades necesarias para que las Dependencias del Sector Público Federal ejerzan las funciones que les concede la LAASSP y su Reglamento.
- 2.- DE LA GARANTIA DE CALIDAD Y DE LA INSPECCION
  - 2.1 El proveedor deberá garantizar la calidad de los bienes entregados y se obliga a su reposición al detectarse defectos o mal estado en los mismos y/o no cumplir con las especificaciones consignadas en este pedido. La reposición de los bienes será solicitada por el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango destinataria de los bienes, obligándose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 48 horas a partir de que reciba la notificación correspondiente.
  - 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá efectuar pruebas sobre la calidad de los bienes, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas, lo cual se hará del conocimiento del OIC en el IMSS en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 90 de la LAASSP.
  - 2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los bienes y materiales entregados.
  - 2.4 Acepta el proveedor que, en su caso, se haga compensación de los adeudos que tuviere con el Instituto, por Cuotas Obrero Patronales, Capitales Constitutivos o por cualquier otro concepto.
- 3.- DE LA ENTREGA DE LOS ARTICULOS
  - 3.1 El proveedor deberá entregar los bienes solicitados, en el plazo señalado en la cláusula 1.2 de este pedido, siempre en una sola exhibición y no se aceptarán entregas menores al 60% de la cantidad solicitada en los pedidos.

<b>AREA REQUIRIENTE</b>	<b>ADMINISTRADOR DEL PEDIDO</b>	
<i>Dr. José Francisco Gallegos Isais</i> Director del HGZ 1	<i>Dra. Ana Isabel Flores García</i> Subdirectora Médica del HGZ 1	
<b>AREA CONTRATANTE</b>	<b>AREA CONTRATANTE</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>
<i>Lic. José Magdaleno Varela Gutiérrez</i> Jefe del Depto. de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	<i>C.P. Carlos Enrique Galindo Rodríguez</i> Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos	<i>Mtra. Claudia Díaz Pérez.</i> Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO

PEDIDO  
**050GYR010T05425-001-00/D5M0647**

FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V. DOMICILIO: VIADUCTO TLALPAN No. 3222, COLINIA VIEJO EJIDO SANTA URSULA COAPA, C.P. 04980, COYOACAN, CIUDAD DE MEXICO.			CONDICIONES DE ENTREGA				FECHA DE ENTREGA				FECHA	DIA	MES	AÑO	HOJA DE	
			LUGAR DE ENTREGA: FARMACIA DEL HGZ No. 1				02 DE MAYO DE 2025					21	04	25	1	4
P.P.A.P.F.	REG. FED. CON.	AFLIACIÓN	COTIZACIÓN No.	DIA	MES	AÑO	LICITACIÓN NUM.				REQUISICION NO.					
	FMA9301181B1			21	04	2025	AA-50-GYR-050GYR010-T-54-2025				0010					
UNIDAD SOLICITANTE HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1			CLASIFICACION PRESUPUESTAL													
			NUM. PROVEEDOR	CENTRO DE COSTOS			PART. PREST.				RELACION DE ENVÍO A SECOFI		NUM.	DIA	MES	AÑO
LUGAR DE ENTREGA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 AV. NORMAL NO. 200 PREDIO CANOAS C.P. 34077 DURANGO, DGO., FARMACIA HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1			0000035933	200200			51251007				NIM. DE ESPECIFICACIONES O DIBUJOS					
DESTINO FINAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1			NUMERO DE PROVEEDOR PREI MILENIUM 0000035933								CONDICIONES DE PAGO A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS					
			PACIENTE: ALLISON ITZEL MARTINEZ ASTORGA NSS: 3192760637 3F2017OR								20 DIAS					

3.2 El proveedor registrará en la "Remisión del Pedido", todos los datos consignados en el "Instructivo para requisitar la Remisión del Pedido" y deberá entregar original y copia de la misma al presentarse a realizar la entrega de los bienes, acompañando los siguientes documentos: copia del registro sanitario y el informe analítico del lote a entregar emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante. Esta documentación deberá estar completa a fin de que sea autorizada la recepción de los bienes en la Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango de destino en donde, de ser el caso, le sellarán de recibido en el original de la remisión.

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; tratándose de aquellos medicamentos que aún se denominen como "genéricos intercambiables" deberán contener la simbología G.I., de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1, vigente.

3.5 El período 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 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 69 de la LAASSP y numeral 5.5.5.1 de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y 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 900 (novecientos) Unidades de Medida y Actualización, 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 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.
- 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 20% 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, partida presupuestal y número de proveedor.

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 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango, bajo las siguientes consideraciones

<b>ÁREA REQUIRIENTE</b>	<b>ADMINISTRADOR DEL PEDIDO</b>	
<i>Dr. José Francisco Gallegos Isais</i> Director del HGZ 1	<i>Dra. Ana Isabel Flores García</i> Subdirectora Médica del HGZ 1	
<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	<b>ÁREA CONTRATANTE</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>
<i>Lic. José Magdaleno Varela</i> <i>Gutiérrez</i> Jefe del Depto. de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	<i>C.P. Carlos Enrique Galindo</i> <i>Rodríguez</i> Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos	<i>Mtra. Claudia Díaz Perez.</i> Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO

PEDIDO  
**050GYR010T05425-001-00/D5M0647**

FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V. DOMICILIO: VIADUCTO TLALPAN No. 3222, COLINIA VIEJO EJIDO SANTA URSULA COAPA, C.P. 04980, COYOACAN, CIUDAD DE MEXICO.			CONDICIONES DE ENTREGA				FECHA DE ENTREGA					FECHA	DIA	MES	AÑO	HOJA DE		
			LUGAR DE ENTREGA: FARMACIA DEL HGZ No. 1				02 DE MAYO DE 2025						21	04	25	1	4	
P.P.A.P.F.	REG. FED. CON.	AFILIACIÓN	COTIZACIÓN No.	DIA	MES	AÑO	LICITACIÓN NUM.				REQUISICIÓN NO.							
	FMA9301181B1			21	04	2025	AA-50-GYR-050GYR010-T-54-2025				0010							
UNIDAD SOLICITANTE HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1			CLASIFICACION PRESUPUESTAL															
			NUM. PROVEEDOR		CENTRO DE COSTOS			PART. PREST.			RELACIÓN DE ENVÍO A SECOFI		NUM.	DIA	MES	AÑO		
LUGAR DE ENTREGA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 AV. NORMAL NO. 200 PREDIO CANOAS C.P. 34077 DURANGO, DGO., FARMACIA HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1			0000035933		200200			51251007			NIM. DE ESPECIFICACIONES O DIBUJOS							
DESTINO FINAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1			NUMERO DE PROVEEDOR PREI MILENIUM 0000035933										CONDICIONES DE PAGO A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS					
			PACIENTE: ALLISON ITZEL MARTINEZ ASTORGA NSS: 3192760637 3F2017OR										20 DIAS					

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 del Órgano de Operación Administrativa Estatal Durango, a partir de la fecha que haya entregado los bienes en el almacén a entera satisfacción del Instituto integrando el alta de almacén en la factura objeto de este pedido.

<b>AREA REQUIRENTE</b>	<b>ADMINISTRADOR DEL PEDIDO</b>	
<i>Dr. José Francisco Gallegos Isais</i> Director del HGZ 1	<i>Dra. Ana Isabel Flores García</i> Subdirectora Médica del HGZ 1	
<b>AREA CONTRATANTE</b>	<b>AREA CONTRATANTE</b>	<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>
<i>Lic. José Magdalena Varela Gutiérrez</i> Jefe del Depto. de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	<i>C.P. Carlos Enrique Galindo Rodríguez</i> Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos	<i>Mtra. Claudia Díaz Pérez.</i> Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO  
 COORDINACIÓN DE ABASTECIMIENTO

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
 DESCONCENTRADA ESTATAL DURANGO

PEDIDO

050GYR010T05425-001-00/D5M0647

FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V. DOMICILIO: VIADUCTO TLALPAN No. 3222, COLINIA VIEJO EJIDO SANTA URSULA COAPA, C.P. 04980, COYOACAN, CIUDAD DE MEXICO.			CONDICIONES DE ENTREGA			FECHA DE ENTREGA					FECHA	DIA	MES	AÑO	HOJA DE			
			LUGAR DE ENTREGA: FARMACIA DEL HGZ No. 1			02 DE MAYO DE 2025						21	04	25	1	4		
P.P.A.P.F.	REG. FED. CON.	AFILIACIÓN	COTIZACIÓN No.	DIA	MES	AÑO	LICITACIÓN NUM.			REQUISICIÓN NO.								
	FMA9301181B1			21	04	2025	AA-50-GYR-050GYR010-T-54-2025			0010								
UNIDAD SOLICITANTE HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1			CLASIFICACION PRESUPUESTAL															
			NUM. PROVEEDOR			CENTRO DE COSTOS			PART. PREST.			RELACIÓN DE ENVÍO A SECOFI			NUM.	DIA	MES	AÑO
LUGAR DE ENTREGA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 AV. NORMAL NO. 200 PREDIO CANOAS C.P. 34077 DURANGO, DGO., FARMACIA HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 1			0000035933			200200			51251007			NIM. DE ESPECIFICACIONES O DIBUJOS						
DESTINO FINAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1			NUMERO DE PROVEEDOR PREI MILENIUM 0000035933									CONDICIONES DE PAGO A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS						
			PACIENTE: ALLISON ITZEL MARTINEZ ASTORGA NSS: 3192760637 3F2017OR									20 DIAS						

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

*Jesus Herrera Santillano*

CARGO

*Representante legal*

FIRMA DE CONFORMIDAD

FECHA

*05-may-2025*

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

*Poder notal 12610*

AREA REQUIRIENTE	ADMINISTRADOR DEL PEDIDO	
<i>Dr. José Francisco Gallegos Isais</i> Director del HGZ 1	<i>Dra. Ana Isabel Flores García</i> Subdirectora Médica del HGZ 1	
AREA CONTRATANTE	AREA CONTRATANTE	REPRESENTANTE LEGAL
<i>Lic. José Magdalena Varela</i> <i>Gutiérrez</i> Jefe del Depto. de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios	<i>C.P. Carlos Enrique Galindo</i> <i>Rodríguez</i> Titular de la Jefatura de Servicios Administrativos	<i>Mtra. Claudia Díaz Perez.</i> Titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Durango.