



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COAD REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PTE.  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:  
Número de Sesión:  
Fecha de Acuerdo:  
Fecha Terminación del pedido: **30/06/2024**  
Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA-I-136-2024**  
bajo el: **Fracc V art. 41**  
No. Compranet:  
**AA-50-GYR-050GYR024-I-136-2024**  
No. de Pedido: **D4P0425**  
Elaboración: **20/06/2024** Impresion 20/06/2024

Proveedor: **MEDICAL CAREMED, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **CALLE PRIMERA PRIVADA ARIZONA NUM. 15 NAPOLES BENITO JUAREZ**

Fecha de entrega: **30/06/2024**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. **MCA -181210-N95** No. Proveedor : **00150788**

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN EL ESTADO DE MEXICO PONIENTE**

Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

Lugar de entrega: **VIALIDAD TOLUCA METEPEC KM. 4.5, COL.**

Circ. **16** Loc. **80**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	010 000 26170000	LEVETIRACETAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: LEVETIRACETAM 500 MG ENVASE CON 60 TABLETAS.  Marca: AUTEVASEN/ LEVETIRACETAM Procedencia: INDIA	2409	ENV	97.00	233,673.00

Tipo Presen: TAB

Cant Presen: 60

**SUB. TOTAL \$ 233,673.00**

**I. V. A. \$ 0.00**

**TOTAL \$ 233,673.00**

( doscientos treinta y tres mil seiscientos setenta y tres pesos 00/100 M.N.)

Administrador del Pedido  
ING. ITZEL ARRIOLA GUTIERREZ  
JEFE DEPTO. SIST. SUM. CONTROL DEL ABASTO

Comprador  
LIC. MA. CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS  
JEFE DEPTO. ADQ. DE BIENES Y CONT. SERVS.

Autorización (N1)  
LIC. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA  
TIT. COORD. ABASTECIMIENTO Y EQUIP.

Autorización (N2)  
ING. NOÉ OLVERA VILLANUEVA  
TIT. JEFATURA SERVS. ADMINISTRATIVOS

Autorización (N3)  
DRA. MIRALDA AGUILAR PATRAGA  
TIT. DEL COAD EDO. DE MEXICO PONIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OOAD REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PTE.  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:  
Número de Sesión:  
Fecha de Acuerdo:  
Fecha Terminación del pedido: **30/06/2024**  
Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA-I-136-2024**  
bajo el: **Fracc V art. 41**  
No. Compranet  
**AA-50-GYR-050GYR024-I-136-2024**  
No. de Pedido: **D4P0425**  
Elaboración: **20/06/2024 Impresion 20/06/2024**

**Proveedor: MEDICAL CAREMED, S.A. DE C.V.**

**No Requisición: PAC**

**Dirección: CALLE PRIMERA PRIVADA ARIZONA NUM. 15 NAPOLES BENITO JUAREZ  
03810**

**Fecha de entrega: 30/06/2024**

**R.F.C. MCA -181210-N95 No. Proveedor : 00150788**

**Partida presupuestal : 0301 21053001**

**Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN EL ESTADO DE MEXICO PONIENTE**

**Clasificación presupuestal :**

**Lugar de entrega: VIALIDAD TOLUCA METEPEC KM. 4.5, COL.**

**Circ. 16 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0**

**CLAUSULAS PARA RECEPCION Y TRAMITE DE PEDIDOS**

**1.- DEL PEDIDO:**

1.1 El proveedor acepta el presente pedido, el cual se realiza con base en la asignación, generándose el día de la entrega de los bienes una vez verificados los mismos, por lo que cualquier aclaración sobre el contenido del mismo, deberá efectuarse por escrito ante esta área en un plazo máximo de un día hábil después de la fecha de recepción de la asignación, transcurrido ese lapso, este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO.

1.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá cancelar la asignación, total o parcialmente, si el proveedor no cumple con las condiciones establecidas en el mismo o bien exigir su cumplimiento, en ambos casos, el proveedor se hará acreedor a la sanción establecida en la cláusula 3.2 de este pedido, lo anterior de conformidad con lo establecido en los artículos 52 y 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 97 y 100 de su Reglamento, así como numeral 5.4.12 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.3 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor, con excepción de aquellos casos en que expresamente se establezcan en el pedido, que correrán a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.4 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.

1.5 El proveedor deberá entregar fianza o garantía de cumplimiento, dentro de los diez días naturales siguientes a la notificación de la asignación, salvo que la entrega de los bienes la realice dentro del plazo de 10 días naturales posteriores a la notificación de la asignación, lo anterior de conformidad al artículo 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

1.6 Con fundamento en lo establecido en el artículo 81 fracción IV del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en caso de discrepancia entre el contenido del procedimiento de Adjudicación Directa y el presente pedido, prevalecerá lo establecido en el procedimiento de contratación.

1.7 Para la interpretación y cumplimiento de este pedido, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, el proveedor y el Instituto se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la Ciudad de Toluca, Estado de México, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

**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 (canje) al detectarse defectos, vicios ocultos, por queja de alguna unidad, por mal estado en los mismos, por no cumplir con las especificaciones consignadas en la asignación o por solicitud de la COCTI, para tal efecto el administrador del pedido solicitará el canje de los bienes, debiendo notificar al proveedor dentro de los tres días hábiles siguientes a que haya tenido conocimiento de alguno de los supuestos mencionados. El proveedor deberá reponer los bienes sujetos a canje, en un plazo que no excederá de 3 días hábiles, contados a partir de recibida la notificación correspondiente.

2.3 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 BIENES:**

Administrador del Pedido  
**ING. ITZEL ARRIOLA GUTIERREZ**  
JEFE DEPTO. SIST. SUM. CONTROL DEL ABASTO

Comprador  
**LIC. MA. CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS**  
JEFE DEPTO. ADO. DE BIENES Y CONT. SERVS.

Autorización (N1)  
**LIC. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA**  
TIT. COORD. ABASTECIMIENTO Y EQUIP.

Autorización (N2)  
**ING. NOÉ OLVERA VILLANUEVA**  
TIT. JEFATURA SERVS. ADMINISTRATIVOS

Autorización (N3)  
**DRA. MIRALDA ACUILAR PATRACA**  
TIT. DEL OOAD EDO. DE MEXICO PONIENTE



Número Acuerdo:  
Número de Sesión:  
Fecha de Acuerdo:  
Fecha Terminación del pedido: **30/06/2024**  
Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **AA-I-136-2024**  
bajo el: **Frac V art. 41**  
No. Compranet  
**AA-50-GYR-050GYR024-I-136-2024**  
No. de Pedido: **D4P0425**  
Elaboración: **20/06/2024 Impresion 20/06/2024**

**Proveedor: MEDICAL CAREMED, S.A. DE C.V.**

**No Requisición: PAC**

**Dirección: CALLE PRIMERA PRIVADA ARIZONA NUM. 15 NAPOLES BENITO JUAREZ  
03810**

**Fecha de entrega: 30/06/2024**

**R.F.C. MCA -181210-N95 No. Proveedor : 00150788**

**Partida presupuestal : 0301 21053001**

**Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN EL ESTADO DE MEXICO PONIENTE**

**Clasificación presupuestal :**

**Lugar de entrega: VIALIDAD TOLUCA METEPEC KM. 4.5, COL. Circ. 16 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0**

3.1 El proveedor, previa autorización del Departamento de Suministro y Control del Abasto (administrador del contrato), podrá entregar de inmediato los bienes solicitados de contar con existencia y el resto a más tardar en la fecha convenida en la asignación, generándose así entregas parciales dentro del plazo establecido en la asignación. (Diez días naturales siguientes a la notificación de la asignación).

3.2 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 y la fecha indicada y con las especificaciones requeridas.

**PENAS CONVENCIONALES**

Ante la necesidad de contar con los bienes, previa solicitud del proveedor asignado y autorización del administrador del pedido (Departamento de Suministro y Control del Abasto), se podrán recibir los bienes posterior al plazo establecido en la asignación, aplicando una pena convencional por cada día de atraso en la entrega de los bienes, por el equivalente al (2.5%) por cada día de atraso, hasta por un máximo de 4 (cuatro) días naturales, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, con fundamento en lo establecido en el numeral 5.5.8 de las Políticas Bases y Lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios del Instituto Mexicano del seguro Social, de acuerdo a la siguiente formula:

$Pca = \%d \times nda \times vspa.$

Dónde:

$\%d$ =porcentaje determinado en la convocatoria, invitación, cotización o pedido por cada día de atraso en el inicio de la entrega de los bienes.

Pca = pena convencional aplicable.

nda = número de días de atraso.

vspa = valor de los bienes entregados con atraso, sin IVA.

Ante la necesidad de los bienes, en caso de presentarse o no con el producto posterior a su (fecha máxima de entrega + 4 días de sanción(2.5% x día)), será valorado la necesidad de los bienes de consumo, en caso de recibirse o no los mismos se cobrará el 20% del monto de los bienes entregados fuera del plazo convenido, así como el 20% de los bienes no entregados (SIN IVA), con fundamento en lo establecido en los artículos 48 de la LAASSP y 96 de su Reglamento.

**DEDUCTIVAS**

Si el proveedor no realiza la entrega, se procederá a cancelar el pedido por la entrega no efectuada (incumplimiento), aplicando el 10% del monto total de la asignación sin IVA, sin que surta efecto legal alguno, cualquier inconformidad o aclaración al respecto; liberando al Instituto del compromiso adquirido para que de acuerdo a sus necesidades reasigne el volumen no entregado al proveedor que mejor convenga al Instituto.

**4.- DE LA FACTURACION:**

4.1 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.

Administrador del Pedido  
**ING. ITZEL ARRIOLA GUTIERREZ**  
JEFE DEPTO.SIST.SUM. CONTROL DEL ABASTO

Comprador  
**LIC. MA. CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS**  
JEFE DEPTO. ADO. DE BIENES Y CONT.SERVS.

Autorización (N1)  
**LIC. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA**  
TIT. COORD. ABASTECIMIENTO Y EQUIP.

Autorización (N2)  
**ING. NOÉ OLVERA VILLANUEVA**  
TIT. JEFATURA SERVS. ADMINISTRATIVOS

Autorización (N3)  
**DRA. MIRALDA AGUILAR PATRACA**  
TIT. DEL COAD EDO. DE MEXICO PONIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COAD REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PTE.  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:	No. de Evento: <b>AA-I-136-2024</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: <b>30/06/2024</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR024-I-136-2024</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D4P0425</b>
	Elaboración: <b>20/06/2024 Impresion 20/06/2024</b>

Proveedor: **MEDICAL CAREMED, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección: **CALLE PRIMERA PRIVADA ARIZONA NUM. 15 NAPOLES BENITO JUAREZ  
03810**

Fecha de entrega: **30/06/2024**

R.F.C. **MCA -181210-N95** No. Proveedor: **00150788**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN EL ESTADO DE MEXICO PONIENTE**

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: **VIALIDAD TOLUCA METEPEC KM. 4.5, COL.** Circ. **16** Loc. **80** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

4.2 Para efectos de pago, la fecha indicada en ¿Condiciones de Pago¿, comenzará a surtir efecto en el momento en que el proveedor entregue sus documentos a revisión en el Departamento de Contabilidad, Presupuesto y Erogaciones, en los casos de pedidos superiores a los \$300,000.00 pesos, deberán exhibir las constancias de opinión de cumplimiento en materia de seguridad social, SAT e INFONAVIT, positivas, vigentes y legibles, las cuales tienen una vigencia de 30 días.

Administrador del Pedido  
ING. ITZEL ARRIOLA GUTIERREZ  
JEFE DEPTO. SIST. SUM. CONTROL DEL ABASTO

Comprador  
LIC. MA. CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS  
JEFE DEPTO. ADO. DE BIENES Y CONT. SERVS.

Autorización (N1)  
LIC. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA  
TIT. COORD. ABASTECIMIENTO Y EQUIP.

Autorización (N2)  
ING. NOÉ OLVERA VILLANUEVA  
TIT. JEFATURA SERVS. ADMINISTRATIVOS

Autorización (N3)  
DRA. MIRALDA AGUILAR PATRACA  
TIT. DEL COAD EDO. DE MEXICO PONIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COAD REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PTE.  
COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:  
Número de Sesión:  
Fecha de Acuerdo:  
Fecha Terminación del pedido: **30/06/2024**  
Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento **AA-I-136-2024**  
bajo el: **Fracc V art. 41**  
No. Compranet  
**AA-50-GYR-050GYR024-I-136-2024**  
No. de Pedido: **D4P0425**  
Elaboración: **20/06/2024** Impresion 20/06/2024

Proveedor: **MEDICAL CAREMED, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección **CALLE PRIMERA PRIVADA ARIZONA NUM. 15 NAPOLES BENITO JUAREZ  
03810**

Fecha de entrega: **30/06/2024**

R.F.C. **MCA -181210-N95** No. Proveedor: **00150788**

Partida presupuestal: **0301 21053001**

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN EL ESTADO DE MEXICO PONIENTE**

Clasificación presupuestal:

Lugar de entrega: **VIALIDAD TOLUCA METEPEC KM. 4.5, COL.**

Circ. **16** 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

*Alejandro Hernández Flores*

CARGO

*Representante legal*

FIRMA DE CONFORMIDAD

*[Handwritten signature]*

FECHA	DIA	MES	AÑO
	<i>20</i>	<i>06</i>	<i>24</i>

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 113 fracción I, de la LFTAIP, en el presente contrato se testan los datos correspondientes al teléfono, lo anterior, en virtud de que tales datos corresponden al ámbito privado de las personas físicas por lo que pueden protegerse en su carácter de información confidencial.

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

*Poder legal*

Administrador del Pedido  
ING. ITZEL ARRIOLA GUTIERREZ  
JEFE DEPTO. SIST. SUM. CONTROL DEL ABASTO

Comprador  
LIC. MA. CONCEPCIÓN ACIERNA VARGAS  
JEFE DEPTO. ADQ. DE BIENES Y CONT. SERVS.

Autorización (N1)  
LIC. VANESSA GABRIELA ORTEGA PINEDA  
TIT. COORD. ABASTECIMIENTO Y EQUIP.

Autorización (N2)  
ING. NOÉ OLVERA VILLANUEVA  
TIT. JEFATURA SERVS. ADMINISTRATIVOS

Autorización (N3)  
DRA. MIRALDA AGUILAR PATRACA  
TIT. DEL COAD EDO. DE MEXICO PONIENTE