



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **15/05/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **T-39-2023**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet: **GYR023-T-39-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0111**  
 Elaboración: **05/05/2023** Impresion 19/05/2023

Proveedor: **GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

No Requisición: **PAC**

Dirección: [REDACTED]

Fecha de entrega: **15/05/2023**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

R.F.C. **GUMF-800521-QH7** No. Proveedor : **00143126**  
 Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI**  
 Lugar de entrega: **AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.**

Clasificación presupuestal :

Circ. **25** Loc. **80** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	01000044830000	FLUOXETINA CAPSULA O TABLETA CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE FLUOXETINA EQUIVALENTE A 20 MG DE FLUOXETINA. ENVASE CON 14 CAPSULAS O TABLETAS.	24596	ENV	16.25	399,685.00

Marca: **OVISEN**  
 Procedencia: **MEXICO**

**VALIDADO SIN SANCION**

NOMBRE: *Leonilo Saldana*

MATRICULA: *99258042*

Tipo Presen: **C.T**  
 Cant Presen: **14**

**SUB. TOTAL \$ 399,685.00**  
**I. V. A. \$ 0.00**  
**TOTAL \$ 399,685.00**

( trescientos noventa y nueve mil seiscientos ochenta y cinco pesos 00/100 M.N.)

Administrador del Pedido  
**LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES**  
 ENC. OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

Area Contratante *Leonilo Saldana*  
**LIC. LEONILO SALDANA SANCHEZ**  
 ENC. DE LA COORD DE ABAST Y EQUIP

Area Contratante:  
**MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
**DR. EFRAIN LUNA BARRIOS**  
 JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS

Area Requirente:  
**DRA. MA GPE DEL ROSARIO BARRIDO ROJANO**  
 TITULAR OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCION REGIONAL NORTE**  
 DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **15/05/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento: **T-39-2023**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet: **GYR023-T-39-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0111**  
 Elaboración: **05/05/2023** Impresión 19/05/2023

**Proveedor: GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

**Dirección:** [Redacted]

**R.F.C. GUMF-800521-QH7 No. Proveedor: 00143126**

**Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI**  
**Lugar de entrega: AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.**

**No Requisición: PAC**

**Fecha de entrega: 15/05/2023**

**Partida presupuestal: 0301 21053001**

**Clasificación presupuestal:**

**Circ. 25 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 y se compromete a surtirlo en el plazo estipulado, por lo que cualquier aclaración sobre el contenido del mismo, deberá efectuarse por escrito ante esta área en un plazo máximo de 1 (un) día hábil después de la fecha de recepción del pedido, transcurrido ese lapso, este se considera DEFINITIVAMENTE ACEPTADO en todas y cada una de sus partes.
  - 1.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá cancelar este pedido, total o parcialmente, cuando la entrega del producto arribe posterior a la fecha de vigencia del pedido, liberando al Instituto de todo compromiso; el proveedor acepta este supuesto al momento de firmar el presente pedido.
  - 1.3 Este pedido no es válido si presente tachaduras, correcciones y/o alteraciones.
  - 1.4 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.
  - 1.5 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.
  - 1.6 El proveedor se obliga a dar las facilidades necesarias para que las Dependencias del Sector Público Federal ejerzan las funciones que les concede la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento.
  - 1.7 El proveedor deberá otorgar fianza expedida por una Institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el 20% del monto total de este pedido sin incluir el IVA. Solo en caso de que la fecha de entrega de los artículos sea mayor a 10 días, como garantía para el cumplimiento de las condiciones estipuladas en el mismo. Cuando el importe sea igual o menor a 600 días de salario mínimo general vigente en el DF., se entregará cheque certificado.
  - 1.8 Esta área dará al proveedor la autorización por escrito para que pueda cancelar la garantía de cumplimiento otorgada, cuando acredite plenamente haber cumplido con los compromisos contraídos en este pedido.
- Una vez transcurrido el plazo señalado y en ese supuesto se hará del conocimiento del Órgano de Control Interno del Instituto dependiente de la Secretaría de la Función Pública, para que conforme a sus facultades determine las sanciones procedentes por el incumplimiento total o parcial en que incurra el Proveedor.
- 1.9 El proveedor se obliga a suministrar los bienes aquí señalados en los términos del presente instrumento.
- 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, así como cumplir las normas de calidad aplicables.
  - 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá efectuar pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas.
  - 2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los equipos, 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.
  - 2.5 El proveedor se obliga a canjear los bienes en mal estado o con defectos dentro de los 3 días naturales siguientes a la notificación del mal estado de los bienes.
- 3.- DE LA ENTREGA DE LOS ARTICULOS:
  - 3.1 El proveedor, previa autorización de esta área, deberá entregar de inmediato los bienes solicitados que tengan en existencia y el saldo a más tardar en la fecha convenida.
  - 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 una copia de la misma en el Departamento Adquiriente, quien le sellará de recibido en el original. La omisión de alguno de estos requisitos, dará lugar en forma sistemática a la devolución de los documentos presentados para efectos de cobro ante la División de Control de Erogaciones.
  - 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 y la fecha indicada y con las especificaciones requeridas.
  - 3.4 Sólo podrá entregarse artículos distintos o que se consideren equivalentes a los estipulados en este pedido, con autorización previa y por escrito de esta área.
- 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.
  - 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 Área de Finanzas correspondientes, dependiente de la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera; y su pago se efectuará 20 días posteriores a la entrega de la Factura correspondiente. Es responsabilidad del proveedor recoger los pedidos asignados, presentando copia de acuse de recibo de los productos entregados en el almacén a fin de constatar que estos se realizaron dentro del plazo y condiciones establecidas de vencimiento de los mismos.
- 5 DE LAS SANCIONES

*Marco Antonio*  
 Administrador del Pedido  
**LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES**  
 ENC. OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

*Leoniño Saldaña*  
 Área Contratante  
**LIC. LEONIÑO SALDAÑA SANCHEZ**  
 ENC. DE LA COORD DE ABAST Y EQUIP

*[Signature]*  
 Área Contratante:  
**MTR. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS

*[Signature]*  
 Autorización (N1):  
**DR. EFRAIN LUNA BARRIOS**

*[Signature]*  
 Área Requiriente:  
**DRA. MA GPE DEL ROSARIO GARRIDO ROJANO**  
 TITULAR OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **15/05/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: **T-39-2023**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet: **GYR023-T-39-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0111**  
 Elaboración: **05/05/2023** Impresion 19/05/2023

Proveedor: **GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

Dirección: [REDACTED]

R.F.C. **GUMF-800521-QH7** No. Proveedor: **00143126**  
 Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI**  
 Lugar de entrega: **AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.**

Circ. **25** Loc. **80** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **90** P. **0**

No Requisición: **PAC**

Fecha de entrega: **15/05/2023**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

Clasificación presupuestal :

5.1 Pena Convencional. - Las partes convienen en fijar como pena convencional, la aplicación a partir de la fecha de vencimiento de entrega de los artículos pactada en las condiciones generales de contratación punto 3, estipulada en la invitación de la Adjudicación, el equivalente al 2.5 % diario sobre el valor total del o los renglones incumplidos, por cada día natural de atraso. Teniendo como pena máxima el 20% sin incluir el IVA.

6 PLAZO DE ENTREGA

6.1 El proveedor se obliga a entregar los bienes requeridos por el Instituto dentro del plazo establecido en las condiciones generales de contratación punto 3, estipulada en la invitación de la adjudicación.

6.2 El proveedor se obliga a entregar los bienes aquí señalados en la Coordinación Delegacional de Abastecimiento ubicada en Av. De los Conventos No. 109-111 Col. Hogares Ferrocarrileros, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. dentro del horario de 8 a 14 hrs en días hábiles.

7 PROP. INDUSTRIAL Y DERECHOS DE AUTORIA

7.1 El proveedor asume la responsabilidad total para el caso en que al suministrar los bienes al Instituto, infrinjan patentes, marcas o viole registros a derechos de autor, de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal de Derechos y de la Propiedad Industrial, liberando al Instituto Mexicano del Seguro Social de cualquier responsabilidad.

*Marco Antonio G*  
 Administrador del Pedido  
**LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES**  
 ENC. OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

Area Contratante *Leonilo Saldaña*  
**LIC. LEONILO SALDAÑA SANCHEZ**  
 ENC. DE LA COORD DE ABAST Y EQUIP

Area Contratante: *[Signature]*  
**MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1) *[Signature]*  
**DR. EFRAIN LUNA BARRIOS**

Area Requiriente:  
**DRA. MA GPE DEL ROSARIO GARRIDO ROJANO**  
 TITULAR COAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **15/05/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento **T-39-2023**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet **GYR023-T-39-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0111**  
 Elaboración: **05/05/2023** Impresion 19/05/2023

Proveedor: **GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

No Requisición: **PAC**

Dirección [REDACTED]

Fecha de entrega: **15/05/2023**

R.F.C. **GUMF-800521-QH7** No. Proveedor: **00143126**  
 Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI**  
 Lugar de entrega: **AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.**

Partida presupuestal : **0301 21053001**

Clasificación presupuestal :

Circ. **25** 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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE  
**GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

CARGO  
**REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DE CONFORMIDAD [REDACTED] TELEFONO(S) [REDACTED]  
 FECHA DIA MES AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA  
**PERSONA FISICA**  
 0  
 0

OBSERVACIONES

Administrador del Pedido  
**LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES**  
 ENC. OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

Area Contratante **Leonilo Saldana Ju**  
**LIC. LEONILO SALDAÑA SANCHEZ**  
 ENC. DE LA COORD. DE ABAST. Y EQUIP.

Area Contratante: **Mtro. Octavio Hiram Farfan Cruz**  
**COMISIONADO JEF. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS**

Autorización (N1)  
**DR. EFRAIN LUNA BARRIOS**  
**TITULAR OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI**

Area Requirente:  
**DRA. MA GPE DEL ROSARIO GARRIDO ROJANO**  
**TITULAR OOAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI**

**ELIMINADO (Información Testada, Telefono Celular): Fundamento legal: Artículo 113 Fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIIP). MOTIVO: En virtud de tratarse de información que contiene datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION REGIONAL NORTE  
 DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI  
 JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS  
 COORDINACION DELEGACIONAL DE ABASTECIMIENTO

Número Acuerdo:  
 Número de Sesión:  
 Fecha de Acuerdo:  
 Fecha Terminación del pedido: **15/05/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento **T-39-2023**  
 bajo el: **Fracción II Art. 41**  
 No. Compranet **GYR023-T-39-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0111**  
 Elaboración: **05/05/2023** Impresion 19/05/2023

Proveedor: **GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

No Requisición: **PAC**

Dirección [REDACTED]

Fecha de entrega: **15/05/2023**

R.F.C. **GUMF-800521-QH7** No. Proveedor: **00143126**

Partida presupuestal: **0301 21053001**

Unidad solicitante: **ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI**

Clasificación presupuestal:

Lugar de entrega: **AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.**

Circ. **25** 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

**GUTIERREZ MOJICA FRANCISCO PAVEL**

CARGO

**REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DE CONFORMIDAD

*[Handwritten Signature]*

TELEFONO(S)

[REDACTED]

FECHA	DIA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

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

**PERSONA FISICA**

**0**

**0**

Administrador del Pedido

**LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES**  
**ENC. OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO**

Area Contratante *[Handwritten Signature]*  
**LIC. LEONILLO SALDAÑA SANCHEZ**  
**ENC. DE LA COORD DE ABAST Y EQUIP**

Area Contratante: *[Handwritten Signature]*  
**MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
**COMISIONADO JEF. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LA JEF. DE PRESTACIONES MEDICAS**

Autorización (N1) *[Handwritten Signature]*  
**DR. EERAIN LUNA BARRIOS**

Area Requirente: *[Handwritten Signature]*  
**DRA. MA GPE DEL ROSARIO GARRIDO ROJANO**  
**TITULAR COAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI**

**ELIMINADO (Información Testada- Telefono Celular- Fundamento legal: Artículo 113 Fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIIP). MOTIVO: En virtud de tratarse de información que contiene datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable.**