



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

SIN SANCION

Número Acuerdo:	No. de Evento: <b>T-206-2023</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet:
Fecha Terminación del pedido: <b>09/10/2023</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR023-T-206-2023</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D3P0690</b>
	Elaboración: <b>29/09/2023</b> Impresion 29/09/2023

<b>Proveedor: SELECTO MEDICA, S.A. DE C.V.</b>	<b>No Requisición: PAC</b>
<b>Dirección: RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870</b>	<b>Fecha de entrega: 09/10/2023</b>
<b>R.F.C. SME -060522-818 No. Proveedor : 00089931</b>	<b>Partida presupuestal : 0306 21053001</b>
<b>Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI</b>	<b>Clasificación presupuestal :</b>
<b>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</b>	

Partida Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1 04000026520000	BIPERIDENO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG ENVASE CON 50 TABLETAS. Marca: KINEX Procedencia: MEXICO	237	ENV	98.00	23,226.00
					Tipo Presen: TAB Cant Presen: 50

<b>SUB. TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>23,226.00</b>
<b>I. V. A.</b>	<b>\$</b>	<b>0.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>23,226.00</b>

( veintitres mil doscientos veintiseis pesos 00/100 M.N.)

**VALIDADO SIN SANCION**  
 NOMBRE: *Feliana Cervantes*  
*Cervantes Cervantes*  
 MATRICULA: *98757154*

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

Area Contratante  
 LIC. LUIS FERNANDO DURAN RODRIGUEZ  
 ENC. DEPTO. DE ADQ. DE BIE. Y CONT. DE SERV.

Area Contratante:  
 MTRA. MARISOL MIER CASTILLO  
 ENC. COORD DE ABAST Y EQUIP

Area Requirente:  
 DR. EFRAIN LUNA BARRIOS  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
 MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ  
 COMISIONADO JEF. SERM. ADMINISTRAT



**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:	No. de Evento: <b>T-206-2023</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: <b>09/10/2023</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR023-T-206-2023</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D3P0690</b>
	Elaboración: <b>29/09/2023</b> Impresion 29/09/2023

<b>Proveedor: SELECTO MEDICA, S.A. DE C.V.</b>	<b>No Requisición: PAC</b>
<b>Dirección: RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870</b>	<b>Fecha de entrega: 09/10/2023</b>
<b>R.F.C. SME -060522-818 No. Proveedor : 00089931</b>	<b>Partida presupuestal : 0306 21053001</b>
<b>Unidad solicitante: ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI</b>	<b>Clasificación presupuestal :</b>
<b>Lugar de entrega: AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.</b>	<b>Circ. 25 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0</b>

**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 valido 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



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: **09/10/2023**  
 Núm. Dictamen Presup. **S/N**

No. de Evento **T-206-2023**  
 bajo el: **Fracc V art. 41**  
 No. Compranet  
**AA-50-GYR-050GYR023-T-206-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0690**  
 Elaboración: **29/09/2023** Impresion 29/09/2023

Proveedor: **SELECTO MEDICA, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **PAC**

Dirección **RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870**

Fecha de entrega: **09/10/2023**

R.F.C. **SME -060522-818** No. Proveedor : **00089931**

Partida presupuestal : **0306 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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE  
**JUAN JOSE FLORES LAMBAREM**

CARGO  
**REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)

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

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA  
**ESCRITURA PUBLICA No. 16,364, DE FECHA 22/05/2006**  
**LIC. ALFONSO CHACON ROBLES, NOTARIA No. 42**  
**ZAPOPAN, JALISCO**

OBSERVACIONES

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

Area Contratante  
**LIC. LUIS FERNANDO DURAN RODRIGUEZ**  
 ENC. DEPTO. DE ADQ. DE BIE. Y CONT. DE SERV.

Area Contratante:  
**MTRA. MARISOL MIER CASTILLO**  
 ENC. COORD DE ABAST Y EQUIP

Area Requerida:  
**DR. ELIZABETH LUNA BARRIOS**  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
**MTRO. OCTAVIO MIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRAT



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: 09/10/2023  
 Núm. Dictamen Presup. S/N

No. de Evento T-206-2023  
 bajo el: Fracc V art. 41  
 No. Compranet  
 AA-50-GYR-050GYR023-T-206-2023  
 No. de Pedido: D3P0690  
 Elaboración: 29/09/2023 Impresión 29/09/2023

Proveedor: SELECTO MEDICA, S.A. DE C.V.

No Requisición: PAC

Dirección RIO ZAPOTLANEJO NO. 1163 B INTERIOR 2 ATLAS GUADALAJARA 44870

Fecha de entrega: 09/10/2023

R.F.C. SME -060522-818 No. Proveedor: 00089931

Partida presupuestal: 0306 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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE  
**JUAN JOSE FLORES LAMBAREM**

CARGO  
**REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DE CONFORMIDAD  TELEFONO(S) 

FECHA	DIA	MES	AÑO
	29	09	2023

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA  
**ESCRITURA PUBLICA No. 16,364, DE FECHA 22/05/2006**  
**LIC. ALFONSO CHACON ROBLES, NOTARIA No. 42**  
**ZAPOPAN, JALISCO**


OBSERVACIONES

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

Area Contratante  
**LIC. LUIS FERNANDO DURAN RODRIGUEZ**  
 ENC. DEPTO. DE ADQ. DE BIE. Y CONT. DE SERV.

Area Contratante  
  
**MTRA. MARISOL MIER CASTILLO**  
 ENC. COORD DE ABAST Y EQUIP

Area Requiriente  
  
**DR. EFRAIN LUNA BARRIOS**  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
  
**MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRAT