



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

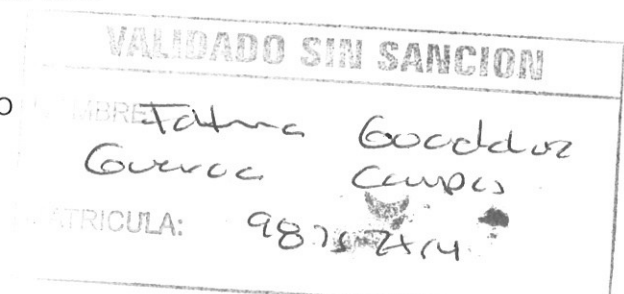
SIN SANCION

Número Acuerdo:	No. de Evento: <b>T-210-2023</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet:
Fecha Terminación del pedido: <b>15/10/2023</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR023-T-210-2023</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D3P0711</b>
	Elaboración: <b>05/10/2023</b> Impresion 05/10/2023

<b>Proveedor:</b> HUSAMA HEALTHCARE, S.A. DE C.V.	<b>No Requisición:</b> PAC
<b>Dirección:</b> AV. INSURGENTES SUR NUMERO NUM. 2047 EDIF. B DESP. SAN ÁNGEL	<b>Fecha de entrega:</b> 15/10/2023
<b>R.F.C.</b> HHE -161107-BV3 <b>No. Proveedor :</b> 00143813	<b>Partida presupuestal :</b> 0301    21053001
<b>Unidad solicitante:</b> ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI	<b>Clasificación presupuestal :</b>
<b>Lugar de entrega:</b> AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.	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	01000021880000	IPRATROPIO -SALBUTAMOL SOLUCION CADA AMPOLLETA CONTIENE: BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 0.500 MG DE BROMURO DE IPRATROPIO. SULFATO DE SALBUTAMOL EQUIVALENTE A 2.500 MG DE SALBUTAMOL. ENVASE CON 10 AMPOLLETAS DE	1704	ENV	65.00	110,760.00

Marca: BRASSPO  
 Procedencia: MEXICO



Tipo Presen: AMP  
 Cant Presen: 10

<b>SUB. TOTAL</b>	\$	<b>110,760.00</b>
<b>I. V. A.</b>	\$	<b>0.00</b>
<b>TOTAL</b>	\$	<b>110,760.00</b>

( ciento diez mil setecientos sesenta pesos 00/100 M.N.)

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

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

Area Contratante:  
 MTRO. OCTAVIO MIRAM FARFAN CRUZ  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRATIVOS

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

Autorización (N1)  
 DR. LEONARDO FRANCISCO MUÑOZ PEREZ  
 TITULAR TOCAD 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:	No. de Evento: <b>T-210-2023</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: <b>15/10/2023</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR023-T-210-2023</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D3P0711</b>
	Elaboración: <b>05/10/2023</b> Impresion 05/10/2023

<b>Proveedor: HUSAMA HEALTHCARE, S.A. DE C.V.</b>	<b>No Requisición: PAC</b>
<b>Dirección: AV. INSURGENTES SUR NUMERO NUM. 2047 EDIF. B DESP. SAN ÁNGEL ALVARO OBREGON 01000</b>	<b>Fecha de entrega: 15/10/2023</b>
<b>R.F.C. HHE -161107-BV3 No. Proveedor : 00143813</b>	<b>Partida presupuestal : 0301 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 cumplirlo 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:

<p><i>Marco Antonio G</i></p> <p>Administrador del Pedido  <b>LAE. MARCO ANTONIO GOMEZ CERVANTES</b>  <b>OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO</b></p>	<p><i>Manuel</i></p> <p>Área Contratante:  <b>MTRA. MARISOL MIER CASTILLO</b>  <b>ENC. COORD DE ABAST Y EQUIP</b></p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Área Contratante:  <b>MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ</b>  <b>COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRATIVOS</b></p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Área Requiriente:  <b>DR. EFRAIN LUNA BARRIOS</b>  <b>TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS</b></p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Autorización (N1)  <b>DR. LEONARDO FRANCISCO MUÑOZ PEREZ</b>  <b>TITULAR TOAAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI</b></p>
--	---	---	--	---



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-210-2023</b>
Número de Sesión:	bajo el: <b>Fracc V art. 41</b>
Fecha de Acuerdo:	No. Compranet
Fecha Terminación del pedido: <b>15/10/2023</b>	<b>AA-50-GYR-050GYR023-T-210-2023</b>
Núm. Dictamen Presup: <b>S/N</b>	No. de Pedido: <b>D3P0711</b>
	Elaboración: <b>05/10/2023</b> Impresion 05/10/2023

<b>Proveedor:</b> HUSAMA HEALTHCARE, S.A. DE C.V.	<b>No Requisición:</b> PAC
<b>Dirección:</b> AV. INSURGENTES SUR NUMERO NUM. 2047 EDIF. B DESP. SAN ÁNGEL ALVARO OBREGON 01000	<b>Fecha de entrega:</b> 15/10/2023
<b>R.F.C.</b> HHE -161107-BV3 <b>No. Proveedor :</b> 00143813	<b>Partida presupuestal :</b> 0301 21053001
<b>Unidad solicitante:</b> ALMACEN DELEGACIONAL EN SAN LUIS POTOSI	<b>Clasificación presupuestal :</b>
<b>Lugar de entrega:</b> AV. DE LOS CONVENTOS 107-109-111 COL.	<b>Circ. 25 Loc. 80 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 90 P. 0</b>

- 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
- 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  
 OFICINA DE CONTROL DEL ABASTO

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

*[Signature]*  
 Área Contratante:  
 MTR. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRATIVOS

*[Signature]*  
 Área Requiriente:  
 DR. EFRAIN LUNA BARRIOS  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

*[Signature]*  
 Autorización (Nº)  
 DR. LEONARDO FRANCISCO MUÑOZ PEREZ  
 TITULAR TOAAD 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: **15/10/2023**  
 Núm. Dictamen Presup: **S/N**

No. de Evento **T-210-2023**  
 bajo el: **Fracc V art. 41**  
 No. Compranet  
**AA-50-GYR-050GYR023-T-210-2023**  
 No. de Pedido: **D3P0711**  
 Elaboración: **05/10/2023** Impresion 05/10/2023

**Proveedor: HUSAMA HEALTHCARE, S.A. DE C.V.**

**No Requisición: PAC**

**Dirección AV. INSURGENTES SUR NUMERO NUM. 2047 EDIF. B DESP. SAN ÁNGEL  
 ALVARO OBREGON 01000**

**Fecha de entrega: 15/10/2023**

**R.F.C. HHE -161107-BV3 No. Proveedor: 00143813**

**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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE  
**HUMBERTO ADOLFO MARTINEZ ORTIZ**

CARGO  
**REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)  
 [REDACTED]

FECHA	DIA	MES	AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA PODER PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA  
**ESCRITURA PUBLICA No. 116,270 , DE FECHA 07/11/2016**  
**LIC. EDUARDO AGUSTIN MARTINEZ URQUIDI , NOTARIA No. 56**  
**CIUDAD DE MEXICO**

OBSERVACIONES

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

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

Area Contratante:  
**MTRO. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ**  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRATIVOS

Area Requiriente:  
**DR. EFRAN LUNA BARRIOS**  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
**DR. LEONARDO FRANCISCO MUÑOZ PEREZ**  
 TITULAR TOCAD 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: 15/10/2023  
 Núm. Dictamen Presup: S/N

No. de Evento: T-210-2023  
 bajo el: Fracc V art. 41  
 No. Compranet: AA-50-GYR-050GYR023-T-210-2023  
 No. de Pedido: D3P0711  
 Elaboración: 05/10/2023 Impresión 05/10/2023

Proveedor: HUSAMA HEALTHCARE, S.A. DE C.V.

No Requisición: PAC

Dirección AV. INSURGENTES SUR NUMERO NUM. 2047 EDIF. B DESP. SAN ÁNGEL  
 ALVARO OBREGON 01000

Fecha de entrega: 15/10/2023

R.F.C. HHE -161107-BV3 No. Proveedor: 00143813

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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE  
 HUMBERTO ADOLFO MARTINEZ ORTIZ

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. 116,270 , DE FECHA 07/11/2016

LIC. EDUARDO AGUSTIN MARTINEZ URQUIDI , NOTARIA No. 56

CIUDAD DE MEXICO

OBSERVACIONES

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

Area Contratante:  
 MTR. OCTAVIO HIRAM FARFAN CRUZ  
 COMISIONADO JEF. SERV. ADMINISTRATIVOS

Area Requiriente:  
 DR. EFRAIM LUNA BARRIOS  
 TITULAR JEFATURA PRESTACIONES MEDICAS

Autorización (N1)  
 DR. LEONARDO FRANCISCO MUÑOZ PEREZ  
 TITULAR TOCAD ESTATAL SAN LUIS POTOSI