



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

Número Acuerdo: **NO NECESAR**
 Número de Sesión: **NO NECESAR**
 Fecha de Acuerdo: **15/08/2024**
 Fecha Terminación del pedido: **24/08/2024**
 Núm. Dictamen Presup: **0000258475-2024**

No. de Evento: **2**
 bajo el: **Art 42 frac.**
 No. Compranet: **AA-50-GYR-050GYR039-T-100-2024**
 No. de Pedido: **D4P0165**
 Elaboración: **15/08/2024** Impresion 15/08/2024

Proveedor: **EV TERAPEUTICA, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **3119379102024X002**

Dirección: **CALLE FELIPE ANGELES NUM. 2514 ZAPATA MONTERREY 64390**

Fecha de entrega: **24/08/2024**

R.F.C. **ETE -080829-B85** No. Proveedor : **00104843**
 Unidad solicitante: **UMAE ESPECIALIDADES VERACRUZ (NTE.)**
 Lugar de entrega: **AVENIDA CUAUHTEMOC S/N, COL.**

Partida presupuestal : **1020 21057001**

Clasificación presupuestal :

Circ. **31** Loc. **19** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

| Partida Clave del Artículo | Descripción | Cantidad | Unidad | Precio | Importe Total |
|----------------------------|--|----------|--------|----------|---------------|
| 1 37980849050001 | SENSOR "FLOTAC" CON LINEA DE PRESION DE 60 PULGADAS (152 CM). PARA EL MONITOREO HEMODINAMICO DE MINIMA INVASION. PRESENTACION: PIEZA. NUMERO DE CATALOGO: MHD6. PARA USO EN EL EQUIPO MEDICO: MONITOR DE SIGNOS VITALES. CON | 60 | PZA | 7,840.00 | 470,400.00 |

Marca: **SENSOR**
 Procedencia: **REPUBLICA DOMIN**

Tipo Presen: **PZA**
 Cant Presen: **1**

SUB. TOTAL \$ 470,400.00
I. V. A. \$ 75,264.00
TOTAL \$ 545,664.00

(quinientos cuarenta y cinco mil seiscientos sesenta y cuatro pesos 00/100 M.N.)

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | |
| Área Contratante M.B.A. GABRIELA AMORES FARIAS ENCARGADA DE LA JEF. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO | Autorización (N1) ING. JONATHAN A. HERRERA PEREZ DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Autorización (N2) DRA. MARITZA DE LA PAZ ROMAN DIRECTORA MEDICA | Representante Legal DR. VICTOR BERNAL DOLORES DIRECTOR DE UMAE |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

| | |
|---|--|
| Número Acuerdo: NO NECESAR | No. de Evento: 2 |
| Número de Sesión: NO NECESAR | bajo el: Art 42 frac. |
| Fecha de Acuerdo: 15/08/2024 | No. Compranet: AA-50-GYR-050GYR039-T-100-2024 |
| Fecha Terminación del pedido: 24/08/2024 | No. de Pedido: D4P0165 |
| Núm. Dictamen Presup: 0000258475-2024 | Elaboración: 15/08/2024 Impresion 15/08/2024 |

| | |
|---|---|
| Proveedor: EV TERAPEUTICA, S.A. DE C.V. | No Requisición: 3119379102024X002 |
| Dirección: CALLE FELIPE ANGELES NUM. 2514 ZAPATA MONTERREY 64390 | Fecha de entrega: 24/08/2024 |
| R.F.C. ETE -080829-B85 No. Proveedor : 00104843 | Partida presupuestal : 1020 21057001 |
| Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES VERACRUZ (NTE.) | Clasificación presupuestal : |
| Lugar de entrega: AVENIDA CUAUHEMOC S/N, COL. | Circ. 31 Loc. 19 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0 |

como garantía estableciendo en el artículo 48 de la LAASSP y numeral 4.30 de las políticas Bases y Lineamiento en Materia de Adquisiciones, Arrendamiento y Prestación de Servicio (PBL) del IMSS.

1.12 En el caso de que la garantía de cumplimiento se otorgue mediante fianza deberá, expedirse favor del Instituto conforme a los textos autorizados por la Dirección jurídica del Instituto.

1.13 La garantía del cumplimiento que entrega el proveedor, en aquellos pedidos cuyo importe sea igual o menor a 900 días de UMA vigente en la ciudad de México, podrán otorgarse mediante cheque certificado, para lo cual se deberá seguir el procedimiento siguiente:

- El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Dicho cheque deberá resguardado, a título de garantía en el área de Adquisiciones de la UMAE.
- El cheque será devuelto a más tardar el segundo día hábil posterior a que el instituto constate el cumplimiento de pedido.

1.14 Este pedido no es válido si presenta tachaduras correcciones y/o alteraciones

1.15 De conformidad con lo previsto 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 de la convocatoria y el presente instrumento, prevalecerá lo establecido en la convocatoria, así como el resultado de la junta de aclaraciones.

2 - DE LA GARANTÍA DE CALIDAD Y DE LA INSPECCIÓN:

2.1 El proveedor debe 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 la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) destinada de los bienes, obligándose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de la de que reciba la notificación correspondiente

2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social efectuará pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando que ellos que no reúnan las especificaciones requeridas, lo cual sería de conocimiento del OIC en el IMSS en cumplimiento a lo dispuesto del artículo 60 de la LAASSP.

2.3 Independientemente de las pruebas que realiza el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presentan los bienes y materiales entregados.

2.4 Acepta el proveedor que en su caso se haga compensación de los adeudos que tuviera con el instituto, por cuotas obrero-patronales, capitales constitutivos o por cualquier otro concepto.

3 - DE LA ENTREGA DE LOS ARTÍCULOS:

3.1 El proveedor deberá entregar de inmediato los bienes solicitados que tengan en existencia y el saldo a más tardar en la fecha convenida, pudiendo efectuar entregas parciales dentro del plazo establecido en este pedido

3.2 El proveedor registrada en la remisión del pedido todos los datos consignados en el instructivo para requisitar la remisión del pedido y entregar original y copia de la misma al presentarse a realizar la entrega de los bienes a fin de que sea autorizada, en la UMAE de destino en donde de ser el caso se sellaran de recibido en el original de la remisión. La omisión de alguno de estos requisitos, dará lugar de forma sistemática a la devolución de los documentos presentados para efectos de cobro del Departamento Finanzas de la UMAE.

3.3 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a la entrega de cada uno de los renglones por la cantidad de terminada, precisamente en el lugar y la fecha indicada y con las especificaciones requeridas en el oficio de invitación. El incumplimiento de los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la aplicación de una pena convencional de conformidad con el Art. 96 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones,

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | |
| Área Contratante M.B.A. GABRIELA AMORES FARIAS ENCARGADA DE LA JEF. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO | Autorización (N1) ING. JONATHAN A. HERRERA PEREZ DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Autorización (N2) DRA. MARITZA DE LA PAZ ROMAN DIRECTORA MEDICA | Representante Legal DR. VICTOR BERNAL DOLORES DIRECTOR DE UMAE |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

Número Acuerdo: **NO NECESAR**
 Número de Sesión: **NO NECESAR**
 Fecha de Acuerdo: **15/08/2024**
 Fecha Terminación del pedido: **24/08/2024**
 Núm. Dictamen Presup: **0000258475-2024**

No. de Evento: **2**
 bajo el: **Art 42 frac.**
 No. Compranet
AA-50-GYR-050GYR039-T-100-2024
 No. de Pedido: **D4P0165**
 Elaboración: **15/08/2024** Impresion 15/08/2024

Proveedor: EV TERAPEUTICA, S.A. DE C.V.

No Requisición: 3119379102024X002

Dirección: CALLE FELIPE ANGELES NUM. 2514 ZAPATA MONTERREY 64390

Fecha de entrega: 24/08/2024

R.F.C. ETE -080829-B85 No. Proveedor : 00104843

Partida presupuestal : 1020 21057001

Unidad solicitante: UMAE ESPECIALIDADES VERACRUZ (NTE.)

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: AVENIDA CUAUHEMOC S/N, COL.

Circ. 31 Loc. 19 Inm. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

Arrendamientos y Servicios del Sector Público, consistente en la cantidad que corresponda a razón del 5.0 % por día natural de atraso sobre el importe total de lo incumplido.
 3.4 En el caso de bienes terapéuticos podrán ser entregados en presentación empaque sector salud o presentación comercial con sello o sobreimpresión con la clave del sector salud tratándose de aquellos medicamentos que aún se denominan como genéricos "intercambiables" deberán contener la simbología G.I. de conformidad con lo señalado en la NOM-072-SSA1 vigente.
 3.5 En el caso de bienes terapéuticos, el periodo de caducidad de los bienes, no podrá ser menor a 12 meses contados a partir de la fecha de entrega. No obstante los proveedores podrán entregar bienes con una caducidad mínima hasta de 9 meses siempre y cuando entere en cada carta compromiso en el cual se obligan 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 por el instituto aquellos bienes que no sean consumidos dentro de su vida útil

4 - DE LA FACTURACIÓN Y PAGO:

4.1 El Instituto se obliga a pagar al proveedor, la cantidad señalada en el Pedido en pesos mexicanos, dentro de los 20 (veinte) días naturales posteriores a la entrega por parte del proveedor, de los siguientes documentos:
 I.- Original y copia de la factura que reúna los requisitos fiscales, establecidos en la Ley de la materia y en la que se indique la entrega de los bienes, numero de proveedor, número del contrato, en su caso, el documento que ampare la entrega de los bienes, (orden de reposición, remisión), numero(s) de alta(s), numero de fianza en su caso y denominación social de la afianzadora respectiva, así como la "Opinión del Cumplimiento de Obligaciones en Mater a de Seguridad Social", vigente y positiva, misma que deberá ser entregada en el Departamento de Finanzas ubicado en avenida Cuauhtémoc s/núm., entre Raz y guzmán y cervantes y padilla, de la colonia formando hogar, código postal 91897, Veracruz, Veracruz.

5 - PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN:

5.1 En cualquier momento durante la vigencia del presente contrato, el proveedor o el instituto podrán presentar ante el Órgano Interno de Control en el Instituto solicitud de conciliación por desavenencias, derivadas del presente pedido, conforme a lo dispuesto por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento así como la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | |
| Área Contratante M.B.A. GABRIELA AMORES FARIAS ENCARGADA DE LA JEF. DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO | Autorización (N1) ING. JONATHAN A. HERRERA PEREZ DIRECTOR ADMINISTRATIVO | Autorización (N2) DRA. MARITZA DE LA PAZ ROMAN DIRECTORA MEDICA | Representante Legal DR. VICTOR BERNAL DOLORES DIRECTOR DE UMAE |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NO. 14
 CENTRO MÉDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINES"

Número Acuerdo: **NO NECESAR**
 Número de Sesión: **NO NECESAR**
 Fecha de Acuerdo: **15/08/2024**
 Fecha Terminación del pedido: **24/08/2024**
 Núm. Dictamen Presup: **0000258475-2024**

No. de Evento **2**
 bajo el: **Art 42 frac.**
 No. Compranet **AA-50-GYR-050GYR039-T-100-2024**
 No. de Pedido: **D4P0165**
 Elaboración: **15/08/2024** Impresión 15/08/2024

Proveedor: **EV TERAPEUTICA, S.A. DE C.V.**

No Requisición: **3119379102024X002**

Dirección **CALLE FELIPE ANGELES NUM. 2514 ZAPATA MONTERREY 64390**

Fecha de entrega: **24/08/2024**

R.F.C. **ETE -080829-B85** No. Proveedor: **00104843**

Partida presupuestal: **1020 21057001**

Unidad solicitante: **UMAE ESPECIALIDADES VERACRUZ (NTE.)**

Clasificación presupuestal:

Lugar de entrega: **AVENIDA CUAUHEMOC S/N, COL.**

Circ. **31** Loc. **19** Inm. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** 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

Jose Gregorio Pared Villanar

CARGO

Representante Legal

FIRMA DE CONFORMIDAD

[Handwritten signature]

TELEFONO(S)

| FECHA | DIA | MES | AÑO |
|-------|-----------|-----------|-------------|
| | <i>15</i> | <i>08</i> | <i>2024</i> |

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

Acta Constitutiva

Área Contratante

[Signature]
 M.B.A. GABRIELA AMORES FARIAS

Autorización (N1)

[Signature]
 ING. JONATHAN A. HERRERA PEREZ
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Autorización (N2)

[Signature]
 DRA. MARITZA DE LA PAZ ROMAN
 DIRECTORA MEDICA

Representante Legal

[Signature]
 DR. VICTOR BERNAL DOLORES
 DIRECTOR DE UMAE