



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION REGIONAL SUR
 UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo: **SN**
 Número de Sesión: **SN**
 Fecha de Acuerdo: **09/06/2025**
 Fecha Terminación del pedido: **19/06/2025**
 Núm. Dictamen Presup: **0000131823-2025**

No. de Evento: **050GYRGR091-T36**
 bajo el: **Art 54 frac. V**
 No. Compranet:
AA-50-GYR-050GYR091-T-36-2025
 No. de Pedido: **D5P0006**
 Elaboración: **09/06/2025** Impresion **09/06/2025**

Proveedor: **REACCION MEDICA DEL CENTRO, SA DE CV**

No Requisición: **00220100320250029**

Dirección: **CIRCUITO REAL DE CATORCE NUM 240 LOMAS 4A SECCION SAN LUIS**

Fecha de entrega: **19/06/2025**

POTOSI 78216 SAN LUIS POTOSI

Partida presupuestal : **0320 21053001**

R.F.C. **RMC-231127-N87** No. Proveedor : **00158841**

Clasificación presupuestal :

Unidad solicitante: **UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA PUEBLA**

Circ. **22** Loc. **14** Imn. **01** T.S. **15** E. **0** U. **20** P. **0**

Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**

Partida	Clave del Artículo	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio	Importe Total
1	01000055060000	CELECOXIB CAPSULA CADA CAPSULA CONTIENE: CELECOXIB 200 MG ENVASE CON 10 CAPSULAS. Marca: CICLOX / TRICOXA Procedencia: MEXICO	2,119	ENV	25.00	52,975.00

TIVA DERRAMA: **0.00**

SUBTOTAL \$ 52,975.00

I. V. A. \$ 0.00

TOTAL \$ 52,975.00

(cincuenta y dos mil novecientos setenta y cinco pesos 00/100 M.N.)

Administrador del Pedido
 NOMBRE
 CARGO

Area Contratante
 MTRD. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA
 JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Area Contratante
 LIC. ARTURO DAMAZO CESAR
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Representante Legal
 DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES
 DIRECTOR UMAE HTO PUEBLA

Area Requeriente
 DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO
 DIRECTOR MEDICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SUR
UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
 JEFEATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo:	SN	No. de Evento:	050GYRGR091-T36
Número de Sesión:	SN	bajo el:	Art 54 frac. V
Fecha de Acuerdo:	09/06/2025	No. de Evento:	
Fecha Terminación del pedido:	19/06/2025	AA-50-GYR-050GYR091-T-36-2025	
Núm. Dictamen Presup:	0000131823-2025	No. de Pedido:	D5P0006
		Elaboración:	09/06/2025 Impresion 09/06/2025

Proveedor:	REACCION MEDICA DEL CENTRO, SA DE CV	No Requisición:	00220100320250029
Dirección:	CIRCUITO REAL DE CATORCE NUM 240 LOMAS 4A SECCION SAN LUIS POTOSI 78216 SAN LUIS POTOSI	Fecha de entrega:	19/06/2025
R.F.C. RMC -231127-N87	No. Proveedor : 00158841	Partida presupuestal :	0320 21053001
Unidad solicitante:	UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA	Clasificación presupuestal :	
Lugar de entrega:	DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA	Circ. 22	Loc. 14
		Im. 01	T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

CLAUSULAS PARA RECEPCION Y TRAMITE DE PEDIDOS

- 1.- DEL PEDIDO:
 - 1.1 Este pedido se base en la investigación de mercado, en poder del Instituto con en la cotización presentada por el proveedor, por lo que sus precios serán fijos durante la vigencia del mismo.
 - 1.2 El proveedor acepta el presente pedido y se compromete a cumplirlo en el plazo, cantidad, lugar y condiciones de entrega señaladas en el mismo, por lo que cualquier aclaración sobre el contenido del mismo, deberá efectuarse por escrito antes la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento y UMAE correspondiente en un plazo máximo 24 horas hábiles después de la fecha de recepción del pedido, transcurrido ese lapso, esta se considerará DEFINITIVAMENTE ACEPTADO POR EL PROVEEDOR.
 - 1.3 El Instituto Mexicano del Seguro Social podrá cancelar este pedido, 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 3.3 de este pedido.
 - 1.4 El Proveedor manifiesta bajo protesta de decir verdad no encontrarse en ninguno de los supuestos de infracción a la Ley Federal de Derechos de Autor ni a la Ley de la Propiedad Industrial, para ser susceptible en su caso de adjudicación.
 - 1.5 El proveedor declara bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).
 - 1.6 En caso de aplicar, para efectos del artículo 320 del Código Fiscal de la Federación, el proveedor hace la entrega de la opinión actualizada emitida por el SAT, en la que se manifiesta que se encuentran al corriente de sus obligaciones fiscales.
 - 1.7 Los gastos por concepto de empaque, flete y acarreo, invariablemente correrán por cuenta del proveedor.
 - 1.8 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.
 - 1.9 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.
 - 1.10 El proveedor deberá otorgar fianza expedida por una Institución autorizada a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el % del monto total de este pedido sin incluir el IVA, como garantía para el cumplimiento de las condiciones estipuladas en el mismo. Si la entrega de los bienes se realiza dentro del plazo citado en el párrafo anterior, no será necesario otorgar la garantía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 48 de la LAASSP y 73.1 capítulo II de las políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios (PBA) del IMSS.
 - 1.11 En el caso de que la garantía de cumplimiento se otorgue mediante fianza, deberá expedirse a favor del Instituto conforme a los textos autorizados por la Dirección Jurídica del Instituto.
 - 1.12 La garantía de cumplimiento que entregue el proveedor, en aquellos pedidos cuyo importe sea igual o menor a 600 (seiscientos) días de salario mínimo general vigente en la Ciudad de México, podrá otorgarse mediante cheque certificado, para lo cual, se deberá seguir el procedimiento siguiente:
 - I.El cheque debe expedirse a nombre del Instituto Mexicano del Seguro Social
 - II.El cheque deberá resguardado, a título de garantía en las áreas de Tesorería de las Delegaciones o UMAES de destino de los bienes.
 - III.El cheque será devuelto a más tardar al segundo día hábil posterior a que el Instituto constate el cumplimiento del pedido.
 - 1.13 Este pedido no es válido si presenta tachaduras, correcciones y/o alteraciones.
 - 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. La reposición de los bienes será solicitada por la Delegación o Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) destinataria de los bienes, obligándose el proveedor a efectuarlo en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de que reciba la notificación correspondiente.
 - 2.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social efectuará pruebas sobre la calidad de los artículos, rechazando aquellos que no reúnan las especificaciones requeridas. Lo cual se hará de conocimiento del CIC en el IMSS en cumplimiento a los dispuesto en el artículo 60 de la LAASSP.
 - 2.3 Independientemente de las pruebas que realice el IMSS, el proveedor deberá responder por los vicios ocultos que presenten los bienes y materiales entregados.

Administrador del Pedido	NOMBRE	Area Contratante	Representante Legal	Area Requiriente
	CARGO			
Area Contratante	MTRO. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA	Area Contratante	DR. CARLOS H-RANCISCO MORALES FLORES	Area Requiriente
	JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO		DIRECTOR UMAE HTO PUEBLA	
		LIC. ARTURO DAMAZO CESAR	DIRECTOR UMAE HTO PUEBLA	DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO
		JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES		DIRECTOR MEDICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION REGIONAL SUR
 UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo: SN	No. de Evento: 050GRYGR091-T36
Número de Sesión: SN	bajo el: Art 54 frac. V
Fecha de Acuerdo: 09/06/2025	No. de Evento:
Fecha Terminación del pedido: 19/06/2025	AA-50-GYR-050GYR091-T-36-2025
Núm. Dictamen Presup: 0000131823-2025	No. de Pedido: D5P0006
	Elaboración: 09/06/2025 Impresion 09/06/2025

Proveedor: REACCION MEDICA DEL CENTRO, SA DE CV	No Requisición: 00220100320250029
Dirección: CIRCUITO REAL DE CATORCE NUM 240 LOMAS 4A SECCION SAN LUIS	Fecha de entrega: 19/06/2025
POTOSI 78216 SAN LUIS POTOSI	Partida presupuestal : 0320
R.F.C. RMC -231127-N87 No. Proveedor : 00158841	21053001
Unidad solicitante: UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA	Clasificación presupuestal :
Lugar de entrega: DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA	Circ. 22 Loc. 14 Imn. 01 T.S. 15 E. 0 U. 20 P. 0

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.

3.- DE LA ENTREGA DE LOS ARTICULOS:

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 electuar entregas parciales dentro del plazo establecido en este pedido.

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 original y copia de la misma al presentarse a realizar la entrega de los bienes a fin de que sea autorizada, en la Delegación o UMAE de destino en donde, de ser el caso le sellaran de recibido en el original de la remisión. La omisión de alguno de estos requisitos, dará lugar en forma sistemática a la devolución de los documentos presentados para efectos de cobro el Departamento de Presupuesto y Trámite de Erogaciones.

3.3 El proveedor deberá entregar 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. El incumplimiento en los plazos de entrega o en las cantidades solicitadas, será motivo de la aplicación de una para convencional, consistente en la cantidad que correspondió a razón del % por día natural de atraso sobre el importe total de lo incumplido. Al término de 30 días, si el proveedor aún no ha realizado la entrega, el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá proceder a rescindir el pedido por la entrega no electuada, aplicando la pena a que se haya hecho acreedor, sin que surta efecto legal alguno, cualquier incontinencia o aclaración al respecto; liberando al Instituto del compromiso incumplido, para que de acuerdo a sus necesidades reasigne el volumen no entregado a quien mejor convenga a sus intereses.

3.4 En el caso de bienes terapéuticos podrán ser entregados en presentación empaque sector salud o en presentación comercial con sello o sobreimpresión con la clave del Sector Salud, tratándose de aquellos medicamentos que aun se demuestran como "genéricos intercambiables" deberán contener la simbología G1, 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 (doce) meses, contados a partir de la fecha de entrega. No obstante los proveedores podrán entregar bienes con una caducidad mínima hasta de 9 (nueve) meses siempre y cuando entreguen una carta compromiso en la cual se obliguen a cambiar, dentro de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente a que sea requerido el canje sin costo alguno para el Instituto, aquellos bienes que no sean consumidos dentro de su vida útil.

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.

Administrador del Pedido NOMBRE CARGO	Area Contratante LIC. ARTURO DAMAZO CESAR JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES	Representante Legal DR. CARLOS KRANCISCO MORALES FLORES DIRECTOR UMAE HTO PUEBLA	Area Requiriente DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO DIRECTOR MEDICO
Area Contratante MTRD. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO			



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION REGIONAL SUR
 UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
 JEFATURA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
 COORDINACION DE ABASTECIMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Número Acuerdo: **SN**
 Número de Sesión: **SN**
 Fecha de Acuerdo: **09/06/2025**
 Fecha Terminación del pedido: **19/06/2025**
 Núm. Dictamen Presup: **0000131823-2025**

No. de Evento: **050GYRGR091-T36**
 bajo el: **Art 54 frac. V**
 No. Compranet
AA-50-GYR-050GYR091-T-36-2025
 No. de Pedido: **D5P0006**
 Elaboración: **09/06/2025** Impresion **09/06/2025**

Proveedor: **REACCION MEDICA DEL CENTRO, SA DE CV**

No Requisición: **00220100320250029**

Dirección: **CIRCUITO REAL DE CATORCE NUM 240 LOMAS 4A SECCION SAN LUIS**

Fecha de entrega: **19/06/2025**

POTOSI 78216 SAN LUIS POTOSI

Partida presupuestal : **0320** **21053001**

R.F.C. **RMC -231127-N87** No. Proveedor : **00158841**

Unidad solicitante: **UMAE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA PUEBLA**

Clasificación presupuestal :

Lugar de entrega: **DIAGONAL DEFENSORES DE LA REPUBLICA**

Circ. **22** Loc. **14** Im. **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

CARGO

FIRMA DE CONFORMIDAD

TELEFONO(S)

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

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

Administrador del Pedido
 NOMBRE
 CARGO

Area Contratante
 MTR. LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA
 JEFE DEL DEPTO. DE ABASTECIMIENTO

Area Contratante
 LIC. ARTURO DAMAZO CESAR
 JEFE DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES

Representante Legal
 DR. CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES
 DIRECTOR UMAE HTO PUEBLA

Area Requiriente
 DR. RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO
 DIRECTOR MEDICO

Se elimina cadena original, RFC, número de serie y certificado por considerarse información confidencial de una persona física o moral identificada o identificable y cuya difusión puede afectar a la esfera privada de la misma. Lo anterior de conformidad con los artículos 115, 120 de la LGTAIP

Contrato: D5P0006

Cadena original:

[Redacted]

Firmante: CARLOS FRANCISCO MORALES FLORES

RFC: [Redacted]

Certificado:

[Redacted]

Número de Serie: [Redacted]

Fecha de Firma: 16/06/2025 16:41

Firma:

Rj6bQEImjorfiJTuaH7pSOYhHDGIHTkUz/XRTruB48D/oRLipZgMiSOxr9v8TVjtKQ/na3T7P+p2tLVSV+0XeqVhD183FNx4Sg+3LIHPGrZ+zQAjEyrKGxNuGMJGwg4vHXUSrWreclHKeIIQ93VWrBpVcb1DMf8eKjD1xIKUEJEBMYFNBHxxZPxMp1VHPiDzsXcEzT3lCPwg/s2JNP6Hnz6RK9XavvpDhHPXhCPl+gCUa61LZk7AXagS7q2sE8EWvZLzoSt9jm9TIGx0/03WuvAJKpceh4VdmC1h635yCRDDC7aFXVK73p6wmFyaDSEUHZVSBcuTVdGbcw9kZt1Dg==

Firmante: LUIS ALBERTO MORENO ESPINOSA

RFC: [Redacted]

Certificado:

[Redacted]

Número de Serie: [Redacted]

Fecha de Firma: 16/06/2025 16:42

Firma:

OX1d8VtbAyu1z07pVepbPlT2VXwg/vK3BCSL008ZukuIF8qGnPOhp+hpAFWeGh9Y0iXgn/UAXuSuynMnkVEdWtdoNhLKSjnztmst+Vd/gGKY4Qvdn5SwTgJ1Z4sGAeg1HTYdqYSh6J87t3hEb1830FGli5qMDyEChXRculFKhyfrvzsU2jukIBZgeczyfoggQ/lwYwYlftqS3yhbCp+gWjzKGNs0grDvkiW4RwBbXZ2gZzHxqUAsw1bBMLIGqvKWIdAL6VF6QSwotldhNBi9osdgl1ec2WsXN7MnEn3YPc5Bws0w7S6WA6fGkYlLaHyPaHH6I4zkfX14srbyilg==

Firmante: ARTURO DAMAZO CESAR

RFC: [Redacted]

Certificado:

[Redacted]

Número de Serie: [Redacted]

Fecha de Firma: 16/06/2025 16:44

Firma:

Se elimina RFC, número de serie y certificado por considerarse información confidencial de una persona física o moral identificada o identificable y cuya difusión puede afectar a la esfera privada de la misma. Lo anterior de conformidad con los artículos 115, 120 de la LGTAIP

Contrato: D5P0006

afybnU4g2fBvR0ZtB/BDa9E5cR51gUxeaxDUEInCDJQV2b1aI3mm4iFtTY7rVK/R5Jj1DQRyBz4ngUbIRET1Vr5anZe0Xsg1QH1Awc2hJzYpZKafUd1Li/Woi2afnZ/C7b9dWhf/S2i0TiMHOFZfwulihwUFIQsg
Hhg+204f1Lh36udChuN4eWMusNiBVeqxchsEYD9XwvKkHFYFhBVCXtoz2/W2/ULui0h64NOj00TMIU8vicP1xW6CKPtZTTYj255g1S9u/+ryyRJRFRvD9LhY140ipsPXzkgRXacnPTV8SnjHaudpEvnMEmuM1AUL
ktjpoxHTAigIsOvrJ5dmiw==

Firmante: RICARDO DE JESUS ARIAS SANTIAGO

RFC: [REDACTED]

Certificado:

Número de Serie [REDACTED]

Fecha de Firma: 17/06/2025 13:59

[REDACTED]

Firma:

Ihvq+rqnmcNI7QJ1NiQ9jpk7iPMMX19ZqorhBT6Nx4huTKwytznzR008vuKG4Z5pp140r59tLeU4X24gWN/uiI7KBSjeK0uWFKS7OZ08/LVVqoThwi59P47ocXs4jofi4GNc90KcXXDT6CUGJJ4VeTBZNDx9ZIXc
TAUChMwFdmxZWtaSPs/NCBGFwjCg8qP0PtDs2ginycVjOniMH2E6XFyMJFT8om9YksylvQK1gkREyHF0yLj4i4YNai/28HMmQOh3PDYhnvVgFaAXdndo4FMs4Aj97beduDeqTLGAOQ9NVVvzmHms69b18b4kmzCQ
KeRyId6fTQfF1EZN3NxCPQ==

Firmante: REACCION MEDICA DEL CENTRO SA DE CV

RFC: RMC231127N87

Certificado:

Número de Serie [REDACTED]

Fecha de Firma: 18/06/2025 10:31

[REDACTED]

Firma:

O2HgIgm6Y+GsK1B3jQ+bsxVnTxpJXP9NSqEUnLyHQOG08kreaY+8IqhdqUh+LnvKfnC4rZ1s38kvMmTLDpWvI1+pNwRcCzr9TvguuLPgKTaeTPoXcnXFaGeovea/TUhhjQ6kM3Va/0gt9+cBcYdK+fjpruGOZGh8S
RMjFE+6+WC4oFWcLF8cr/juS5q4ypzMVYw7Vg9/w05xmUuo7/KONVoI7OOCqdW+WBHMSB7Iyawt6inLg97+N1EOeu5fmLg1oUQlp+TuE1+liRWntFLfFd0GoaXPKbh/BK2/B4iNwWAORo2aumKbRCVV65RZuk9nq
F9ynK1ISrG0Qd66wHkcFOQ==