



Se manifiesta que el  
archivo publicado es  
la mejor versión  
disponible con la  
que cuenta el  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y  
CONTRATOS

CONVENIO  
MODIFICATORIO  
Nº 1 (UNO)  
AL CONTRATO  
U180250

CONVENIO MODIFICATORIO **NÚMERO 1 (UNO)** AL CONTRATO ABIERTO **NÚMERO U180250** PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS DE LOS GRUPOS 010 MEDICAMENTOS, 030 FORMULAS Y 040 ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS, RELATIVOS A LA COMPRA CONSOLIDADA DEL EJERCICIO FISCAL 2019, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **“EL INSTITUTO”**, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **C. ULISES MORALES GÓMEZ**, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, Y POR LA OTRA PARTE, LA EMPRESA DENOMINADA **MESALUD, S.A. DE C.V.**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ **“EL PROVEEDOR”**, REPRESENTADA POR EL **C. ÁNGEL NAVA DELGADO**, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, Y A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **“LAS PARTES”**, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

### ANTECEDENTES

I.- Con fecha 22 de noviembre de 2018, **“LAS PARTES”** suscribieron el contrato primigenio, derivado del procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica número **LA-050GYR047-E44-2018**, con una vigencia a partir del 01 de enero y hasta el 31 de diciembre de 2019.

II.- En la **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- “MODIFICACIONES”** del contrato primigenio, **“LAS PARTES”** acordaron que el instrumento jurídico podría ser modificado durante la vigencia del mismo, de conformidad con el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

III.- En el **Anexo 1 (uno)** del contrato primigenio, **“LAS PARTES”** convinieron las características técnicas y alcances de la adquisición de los bienes, así como el monto a ejercer durante la vigencia del citado instrumento jurídico.

### DECLARACIONES

I.- **“EL INSTITUTO”** declara, a través de su Apoderado Legal, que:

I.1.- El C. Ulises Morales Gómez, en su carácter de Titular de la Unidad de Adquisiciones e Infraestructura, cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente instrumento jurídico en su calidad de Apoderado Legal, de conformidad con lo establecido en el artículo 268 A de la Ley de Seguro Social, y acredita su personalidad mediante el testimonio de la Escritura Pública número 19,033 de fecha 05 de agosto de 2019, otorgada ante la fe del Licenciado Eduardo Francisco García Villegas Sánchez Cordero, Titular de la Notaría Pública Número 248 de la Ciudad de México, e inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo el folio número 97-7-06082019-182325, de fecha 06 de agosto de 2019; manifiesta bajo protesta de decir verdad que las facultades que le fueron conferidas no le han sido revocadas, modificadas, ni restringidas en forma alguna en cumplimiento a los artículos 24 y 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DIVISIÓN DE CONTRATOS  
NIVEL CENTRAL

Página 1 de 3

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes que se señalan.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y  
CONTRATOS**

**CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 1 (UNO)  
AL CONTRATO  
U180250**

**I.2.-** Mediante oficio número 095384611810/2019003474 de fecha 26 de agosto de 2019, el Titular de la Coordinación Técnica de Planeación adscrita a la Coordinación de Control de Abasto, solicitó a la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, la elaboración del presente convenio modificatorio, remitiendo para tal efecto los Resultados Técnicos de la Evaluación de Inclusión del (os) Registro(s) Sanitario(s), de fechas 16 y 21 de agosto de 2019, emitidos por la Titular de la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud y la Titular de la División de Planeación de Bienes Terapéuticos, respectivamente. Documentos que se agregan al **Anexo 1 (uno)** del presente convenio.

**II.- “EL PROVEEDOR”** declara, a través de su Representante Legal, que:

**II.1.-** Con escritos de fecha 15 de agosto de 2019, solicitó a **“EL INSTITUTO”** la inclusión de registro sanitario. Documento que se agrega al **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico.

**II.2.-** Está en condiciones de suministrar a **“EL INSTITUTO”** los bienes en los términos pactados en el contrato primigenio, sin modificar las características técnicas de los bienes acordados.

**III.- “LAS PARTES”** declaran, por conducto de su Apoderado Legal y Representante Legal, respectivamente, que:

**III.1.-** Las facultades que les fueron otorgadas no les han sido modificadas, restringidas, ni revocadas de forma alguna, para los efectos que se deriven del presente instrumento legal.

**III.2.-** Están de acuerdo en celebrar el presente convenio modificatorio con fundamento en lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, por lo que se otorgan las siguientes:

### **CLÁUSULAS**

**PRIMERA.- “LAS PARTES”** convienen en modificar el contrato primigenio para incluir el registro sanitario a la clave que se describe a continuación, conforme se detalla en el **Anexo 1 (uno)** del presente instrumento jurídico, quedando de la siguiente manera:

<b>CLAVE</b>	<b>REGISTRO SANITARIO</b>	<b>TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>
010 000 5487 00 00	268M2003 SSA	SUN PHARMA DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

**SEGUNDA.- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO.-** **“EL PROVEEDOR”** se obliga a entregar, a más tardar dentro del plazo de 10 (diez) días naturales, contados a partir de la firma de este instrumento jurídico, la modificación o el endoso a la garantía de cumplimiento del contrato que se modifica.

DIVISIÓN DE CONTRATOS  
NIVEL CENTRAL

Página 2 de 3

"Este Instrumento Jurídico fue elaborado de conformidad con los documentos correspondientes que se señalan.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y  
CONTRATOS**

**CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 1 (UNO)  
AL CONTRATO  
U180250**

**TERCERA.- “LAS PARTES”** convienen expresamente que salvo lo previsto en el presente convenio, no se modifica, altera o nova en forma alguna lo estipulado en el contrato primigenio.

**CUARTA.- JURISDICCIÓN.-** Para la interpretación y el cumplimiento de este convenio modificatorio, así como todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, **“LAS PARTES”** se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes de la Ciudad de México, renunciando a cualquier otro fuero presente o futuro que por razón de su domicilio les pudiera corresponder.

Enteradas **“LAS PARTES”** del contenido y alcance de todas y cada una de las cláusulas de este instrumento jurídico, lo ratifican y firman en la Ciudad de México, el **10 de septiembre de 2019**, por sextuplicado, quedando un ejemplar en poder de **“EL PROVEEDOR”** y los restantes en poder de **“EL INSTITUTO”**.

**“EL INSTITUTO”  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**C. ULISES MORALES GÓMEZ**  
Apoderado Legal

**“EL PROVEEDOR”  
MESALUD, S.A. DE C.V.**

**C. ANGEL NAVA DELGADO**  
Apoderado Legal

**“ÁREA CONSOLIDADORA”  
REPRESENTANTE COMÚN DE LOS  
ADMINISTRADORES DEL CONTRATO**

Artículos 2, fracción II, y 84 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y Numeral 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS.

**C. FABIOLA PATRICIA HERNÁNDEZ CRUZ**

Encargada de la Coordinación de Control de Abasto  
Designada mediante oficio 09 52 17 1000/1065 de  
fecha 22 de julio de 2019 por el Titular de la Dirección  
de Administración.

**CPRD/LBGP/RAQV**

SIN TEXTO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD DE ADQUISICIONES E INFRAESTRUCTURA  
COORDINACIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y  
CONTRATOS**

**CONVENIO  
MODIFICATORIO  
N° 1 (UNO)  
AL CONTRATO  
U180250**

## **ANEXO 1**

**“REQUERIMIENTO Y SUSTENTO DEL CONVENIO”**

**ANEXOS**  
DIVISIÓN DE CONTRATOS

**EL PRESENTE ANEXO CONSTA DE 28 HOJAS INCLUYENDO ESTA CARÁTULA**



SIN TEXTO



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
Unidad de Administración  
Coordinación de Control de Abasto  
Coordinación Técnica de Planeación

CTPC / PSS

Of N° 095384611810/201900 **3474'**

Lic. Stephany Anjarath Carmona Barón  
Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente.-



Ciudad de México, 26 AGO 2019

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

002986

Me dirijo atentamente a Usted, en relación al contrato U180250, adjudicado al proveedor Mesalud, S.A. de C.V., derivado del procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica número LA-050GYR047-E44-2018, para atender la necesidad de la clave 010 000 5487 00 00, para el presente ejercicio fiscal.

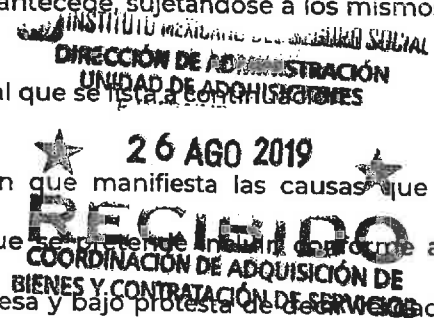
Se hace de su conocimiento que mediante escrito de fecha 15 de agosto del año en curso, recibido en este Instituto con misma fecha, el proveedor antes mencionado solicitó la inclusión del siguiente registro sanitario:

No. de Contrato	Clave					Descripción	No. de Registro Sanitario	Titular de Registro Sanitario	País de Origen indicado en los registros sanitarios y manifestado por el proveedor.
U180250 CMI	010	000	5487	00	00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS.	268M2003 SSA	SUN PHARMA DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	MÉXICO

De conformidad con lo establecido en el artículo 52 cuarto párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como en el apartado denominado "Inclusión de Registros Sanitarios" de los Términos y Condiciones del procedimiento de contratación LA-050GYR047-E44-2018, se manifiesta que la procedencia deriva de la petición del proveedor y el incumplimiento en la entrega que presenta la clave de referencia en los almacenes del ámbito nacional, por lo que con fundamento en el numeral 5.4.13 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mi carácter de Área Consolidadora y Representante de los Administradores del contrato, se solicita proceder con el convenio modificatorio en el que se incluya el registro sanitario indicado en el recuadro que antecede, sujetándose a los mismos términos y condiciones de contratación.

En virtud de lo anterior, se anexa al presente soporte documental que se lista a continuación:

- Solicitud y formato de Inclusión de Registro Sanitario;
- Escrito del Titular del registro sanitario adjudicado en que manifiesta las causas que genera la imposibilidad de entrega;
- Carta de respaldo del Titular del Registro Sanitario que se pretende incluir, conforme al numeral relativo de los términos y condiciones;
- Carta del proveedor en que manifiesta de manera expresa y bajo protesta de decir verdad, el origen de los bienes que pretende incluir; y



*[Handwritten signature]*





- Documentación con la que se acreditó cumplimiento de los requisitos técnicos que se establecen en los términos y condiciones rubros "Registro Sanitario" y "Norma o Especificación Técnica que deben cumplir los bienes".
- Resultado Técnico de la Evaluación de Inclusión presentado por el proveedor, emitido por la Titular de la División Institucional de Cuadro Básico de Insumos para la Salud, mediante el cual acredita el cumplimiento de los requisitos técnicos del "registro sanitario".
- Resultado Técnico de la Evaluación de Inclusión presentado por el proveedor, emitido por la Titular de la División de Planeación Bienes Terapéuticos, mediante el cual acredita el cumplimiento de las "Normas o Especificación Técnica que deben cumplir los bienes".

Agradeciendo su valioso apoyo para que la presente solicitud sea atendida en el menor plazo posible e impactar el registro en el Sistema de Abasto Institucional (SAI), lo anterior para efecto de evitar que este Instituto realice compras locales dadas la problemática de surtimiento y reducir la afectación en la atención de recetas.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

  
**Gabriel Barreto Olmos**  
Coordinador Técnico de Planeación

Ccp: Lic. Fabiola Patricia Hernández Cruz.- Encargada del Despacho de la Coordinación de Control de Abasto. (\*)  
Lic. Julio César Márquez Mejía.- Titular de la División de Bienes Terapéuticos. Presente. (\*)  
Lic. Claudia Patricia Rodríguez Dorantes.- Titular de la División de Contratos. (\*)

(\*Se envían copias a través de SICCC

GBO/ALMOC/JDVC/JCB/ECI





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN  
DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS**

**RESULTADO TÉCNICO DE LA EVALUACIÓN DE INCLUSIÓN DEL (OS) REGISTRO(S) SANITARIO(S) PRESENTADA POR EL PROVEEDOR  
MESALUD, S.A. DE C.V.**

EN ATENCIÓN A LA SOLICITUD DEL PROVEEDOR PRESENTADA ANTE LA COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO MEDIANTE ESCRITO, PARA LA INCLUSIÓN DEL REGISTRO SANITARIO A TRAVÉS DE CONVENIO MODIFICATORIO, PARA LA CLAVE QUE AMPARA EL CONTRATO NÚMERO **U180250**, EL CUAL DERIVÓ DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN **LA-050GYR047-E44-2018**.

ESTA DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS, EN SU CARÁCTER DE ÁREA TÉCNICA Y CONFORME A LOS NUMERALES 4.25 INCISO e), 4.39 Y 5.3.9 INCISO a) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS ACTUALIZADAS EL 14 DE DICIEMBRE DE 2017, EN APEGO AL APARTADO DE "NORMA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA QUE DEBEN CUMPLIR LOS BIENES" DEL ANEXO TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL SE DERIVA DEL CONTRATO QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE, REALIZA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL PRESENTADO POR EL PROVEEDOR INDICADO EN EL RECUADRO PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS DE "NORMA O ESPECIFICACIÓN TÉCNICA QUE DEBEN CUMPLIR LOS BIENES", EMITIENDO EL SIGUIENTE: -----

**RESULTADO TÉCNICO**

CLAVE					DESCRIPCIÓN	REGISTRO SANITARIO	TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN
010	000	5487	00	00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS.	268M2003 SSA	SUN PHARMA DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	CUMPLE

**ATENTAMENTE**

  
**LIC. ANA LAURA MONTES DE OCA CHOREÑO**  
**TITULAR DE LA DIVISIÓN DE PLANEACIÓN DE BIENES TERAPÉUTICOS**

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

**SIN TEXTO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD

RESULTADO TÉCNICO DE LA EVALUACIÓN DE INCLUSIÓN DEL (OS) REGISTRO(S) SANITARIO(S) PRESENTADA POR EL PROVEEDOR  
MESALUD, S.A. DE C.V.

EN ATENCIÓN A LA SOLICITUD DEL PROVEEDOR PRESENTADA ANTE LA COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO MEDIANTE ESCRITO, PARA LA INCLUSIÓN DEL (OS) REGISTRO(S) SANITARIO(S) A TRAVÉS DE CONVENIO MODIFICATORIO, PARA LA(S) CLAVE(S) QUE AMPARA EL CONTRATO NÚMERO **U180250**, EL CUAL DERIVÓ DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN No. **LA-050GYR047-E44-2018**.

ESTA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS DE INSUMOS PARA LA SALUD, EN SU CARÁCTER DE ÁREA TÉCNICA Y CONFORME A LOS NUMERALES 4.25 INCISO e), 4.39 Y 5.3.9 INCISO a) DE LAS POLÍTICAS, BASES Y LINEAMIENTOS EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL IMSS ACTUALIZADAS EL 14 DE DICIEMBRE DE 2017, EN APEGO AL APARTADO DE "INCLUSIÓN DE REGISTROS SANITARIOS" DEL ANEXO TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DEL CUAL SE DERIVA DEL CONTRATO QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE, REALIZA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL PRESENTADO POR EL PROVEEDOR INDICADO EN EL RECUADRO PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS DE ACUERDO A LA "ETIQUETA DE PRODUCTO TERMINADO PARA SU COMERCIALIZACIÓN", EMITIENDO EL SIGUIENTE:

-----RESULTADO TÉCNICO-----

CEDULA DESCRIPTIVA				REGISTRO SANITARIO					
CLAVE	MEDICAMENTO	DESCRIPCION	INDICACIÓN	EMPRESA	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	SOLICITUD DE PRÓRROGA	EVALUACIÓN
010.000.5487.00	CITALOPRAM	TABLETA Bromhidrato de citalopram 20 mg. Envase con 14 tabletas.	Depresión.	Sun Pharma de México, S.A de C.V.	268M2003 SSA	09/05/2012	25/11/2016	28/06/2016	De acuerdo con la información que presenta la empresa, el Registro Sanitario está vigente y cumple con la descripción del Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS

ATENTAMENTE

DRA. MARÍA DE LOURDES ESQUIVEL GUZMÁN  
ENCARGADA DE LA DIVISIÓN INSTITUCIONAL DE CUADROS BÁSICOS  
DE INSUMOS PARA LA SALUD

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

SIN TEXTO

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE REGISTRO SANITARIO.**

Ciudad de México a 15 de agosto de 2019

**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Coordinación de Control de Abasto**  
**Coordinación Técnica de Planeación**  
**División de Planeación de Bienes Terapéuticos**  
**Presente.**

Angel Nava Delgado, en mi carácter de Representante Legal de la empresa Mesalud, S.A. de C.V., en apego al numeral 19.2 de los términos y condiciones del procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-050GYR047-E44-2018, contenidas en el anexo del contrato número U180250, solicito a usted la inclusión de(los) registro(s) sanitario(s), así como la suscripción del convenio modificador correspondiente para la(s) clave(s) de los contratos que se detallan a continuación:

Para lo cual integro la siguiente documentación e información.

U180250	010	000	5487	00	00	SI	SI	si	SI	NO	SI	SI	N/A
---------	-----	-----	------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Lo anterior toda vez que el Laboratorio fabricante de dicha clave se encuentran en desabasto para atender las necesidades del Instituto.

Sin más por el momento, aprovecho el presente para enviarle un cordial saludo.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ADMINISTRACIÓN DE Bienes Terapéuticos  
 DIVISION DE CONTROL DE ABASTO  
 RECIBIDO  
 10-17

*ANGEL NAVA DELGADO*

**Angel Nava Delgado**  
**Representante Legal**  
**Mesalud, S.A. de C.V.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN  
 RECIBIDO  
 15 AGO 2019  
 COORDINACIÓN DE CONTROL DE ABASTO

# 2483

SIN TEXTO



Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Coordinación de Control de Abasto  
 Coordinación Técnica de Planeación  
 División de Planeación de Bienes Terapéuticos  
 Presente.

Ciudad de México a 15 de Agosto de 2019

MESALUD, S.A DE C.V.  
 Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-019GYR047-E44-2018

CLAVE(S)					DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN			CLASE	NOMBRE DEL REGISTRO	NÚMERO DE REGISTRO	NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO	PAÍS DE ORIGEN	NOMBRE DEL FABRICANTE
OP	UN	ES	GR	OT		ENV	QUANTIDAD	TIPO						
010	000	5487	00	00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG. DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS	ENV	14	TAB.	GENÉRICO	SUN PHARMA DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	268M2003 SSA	SUN PHARMA SPM 021203 II2	MÉXICO	SERRAL, S.A. DE C.V.

*[Handwritten signature]*

**ANEXOS**  
 DIVISION DE CONTRATOS

*[Handwritten signature]*

**SMITHSONIAN**



MESALUD

Ciudad de México a 15 Agosto de 2019

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación de Control de Abasto  
Coordinación Técnica de Planeación  
División de Planeación de Bienes Terapéuticos  
P r e s e n t e.**

Por medio de la presente solicitamos de la manera más atenta se nos autorice la inclusión del Registro Sanitario y el poder entregar la clave:

CLAVE	DESCRIPCIÓN	FABRICANTE
010 000 5487 00 00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS	SERRAL, S.A. DE C.V.

Lo anterior obedece a la problemática en el abasto de la materia prima para la fabricación del insumo de acuerdo con la información reportada por los laboratorios asignados.

Dicho producto nos fue asignado en la Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-050GYR047-E44-2018, del cual tenemos asignado el contrato U180250

Por lo anterior reiteramos nuestra solicitud de incluir dicho registro sanitario y/o marca en el contrato de referencia, para así no tener ningún contratiempo en sus almacenes al entregar dicho producto con el fabricante antes mencionado, esto con la finalidad de poder atender en tiempo y forma todas y cada una de las Delegaciones y/o UMAES en donde requieren el producto antes mencionado y así no ocasionar un desabasto innecesario, afectando a la población derechohabiente.

Se anexa:

- Carta Causas de la inclusión.
- Registro Sanitario
- Carta de apoyo (original)
- Carta de Grado de contenido Nacional (original)
- Formato de inclusión de Registro
- Licencia Sanitaria (fabricante)
- Responsable sanitario (fabricante)
- Aviso de funcionamiento (distribuidor)
- Responsable Sanitario (distribuidor)
- Propuesta

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

Atentamente

**Angel Nava Delgado  
Representante Legal  
Mesalud, S.A. de C.V.**

OLYMPIA  
SMITHSONIAN



Guadalajara, Jal. 18 de Junio de 2019

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**PRESENTE:**

Por medio del presente me permito informar a usted que debido al retraso por parte del proveedor de materia prima no tenemos abastecimiento del siguiente producto:

Clave	Texto breve	Nombre del producto
5487	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20MG. ENV. C/14 TAB.	OMISIP

De acuerdo a lo anterior lamentamos los inconvenientes que esta situación le provoca.

ATENTAMENTE

Lic. Eugenio Hernández Chávez  
Apoderado Legal

LABORATORIO RAAM DE SAHUAYO, SA DE CV.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

SIN TEXTO



Ciudad de México a 15 de Agosto de 2019

**FORMATO CARTA DE RESPALDO**

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente.**

El suscrito Vipulkumar Jayantilal Timbadia, en mi calidad de Representante Legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa Sun Pharma de México, S.A. de C.V. Titular del Registro Sanitario indicado en el recuadro siguiente, manifiesto que mi representada posee la capacidad técnica y suficiente para respaldar por la(s) clave(s) que se detallan en la solicitud de inclusión de registro sanitario, con motivo del contrato U180250 adjudicado en el evento de licitación Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-050GYR047-E44-2018, por las siguientes cantidades o porcentajes:

DETALLAR LAS CLAVES PARA LAS QUE MANIFIESTA SU RESPALDO EN LA PROPUESTA.

CLAVE					DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN			NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	CANTIDAD MÁXIMA REQUERIDA	CANTIDAD O PORCENTAJE QUE RESPALDA
GPO	GEN	ESP	DF	VR		UNI	CANT	TIPO			
010	000	5487	00	00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS	ENV	14	TAB	268M2003 SSA	1,567,883	100%

Así mismo mi representada se compromete a:

- Garantizar la entrega de insumos durante la vigencia del contrato, por la cantidad o porcentaje que respaldo.
- Cumplir con el plazo de garantía de los insumos para la salud.
- Poner a la vista las especificaciones técnicas de calidad, métodos de prueba, sustancias de referencia y los estudios de estabilidad acelerada y a largo plazo, así como la validación de métodos de prueba de los insumos que oferta, en el momento que se le requiera, y

Por último manifiesto de que los bienes terapéuticos que respaldo cumplen con las Normas indicadas en el numeral relativo de los términos y condiciones del procedimiento de contratación.

**Vipulkumar Jayantilal Timbadia  
Representante Legal  
Sun Pharma de México, S.A. de C.V.**

**ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS**



SECRET



MESALUD

## MANIFESTACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES

MANIFESTACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LA REGLA 5.2 DE LAS REGLAS PARA LA CELEBRACIÓN DE LICITACIONES PÚBLICAS SUSCRITOS POR LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DEL 2010.

Ciudad de México a 15 de Agosto de 2019

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente.

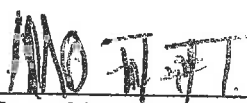
Me refiero al procedimiento Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-050GYR047-E44-2018 en el que mi representada, la empresa Mesalud, S.A. de C.V., participó a través de propuesta resultando adjudicado el contrato U180250, así como a mi solicitud de inclusión de registro sanitario de fecha 15 de Agosto de 2019.

Sobre el particular, y en los términos de lo previsto en las "Reglas para la celebración de licitaciones públicas suscritas por los Estados Unidos Mexicanos", el que suscribe manifiesta bajo protesta de decir verdad que, en el supuesto de que me sea incluido el registro sanitario al contrato respectivo, suministraré la totalidad de los bienes que entregue con motivo de esta inclusión, por el que solicito la inclusión para la clave 010 000 5487 00 con el registro sanitario 268M2003 SSA, mismos que será(n) producido(s) en los Estados Unidos Mexicanos y contarán con un porcentaje de contenido nacional de cuando menos el 65%.

De igual forma, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que tengo conocimiento de lo previsto en el artículo 57 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En este sentido, me comprometo, en caso de ser requerido, a aceptar una verificación del cumplimiento de los requisitos sobre el contenido nacional de los bienes aquí ofertados, a través de la exhibición de la información documental correspondiente y/o a través de una inspección física de la planta industrial en la que se producen los bienes, conservando dicha información por tres años a partir de la entrega de los bienes al Instituto.

ATENTAMENTE

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

  
\_\_\_\_\_  
Angel Nava Delgado  
Representante Legal  
Mesalud, S.A. de C.V.



OLYMPIA



# SECRETARIA DE SALUD

COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA  
MODIFICACION DEL REGISTRO SANITARIO No.

268M2003 SSA

No. DE SOLICITUD

123300001X0276

No. DE SOLICITUD ANTERIOR

103300H010130

Con fundamento en el Artículo 4 párrafo cuarto, 8, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2 fracción I, 14, 17, 26, 39 fracciones XXI y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; Artículo 1, 3 fracciones I, XXII y XXVIII, 4 fracción III, 13 inciso A fracción IX, X, 17 bis, fracción IV, 194, 194 bis, 197, 204, 221, 222, 223, 368, 371, 376, 376 Bis y 393 de la Ley General de Salud; 1, 2, 3, 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 2 inciso C fracción X, 15, 36 y 37 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 2, 153, 167, 168, 170, 172, 173, 174, 177, 178, 184, 185, 186, 187, 188, 189 y 190 del Reglamento de Insumos para la Salud; 1, 3 fracción I inciso b), fracción VII y XIII, 4 fracción II inciso C, 11 fracciones VI, XI, y XI y 14 fracción I del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos, se autoriza la modificación a las condiciones de registro sanitario al tenor siguiente:

Sun Pharma de Mexico, S. A. de C. V.

Av. Río Churubusco No. 658, Col. Sifón, C. P. 09400, Deleg. Iztapalapa, D. F., México.

## CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO

Denominación distintiva:	CITOX
Denominación genérica:	Citalopram
Clasificación Artículo 226 LGS:	IV
Forma Farmacéutica:	Tableta
Fabricante del fármaco:	Sun Pharmaceutical Industries Ltd.  Plot No. 24/2 & 25, Phase IV, G.I.D.C., Penoli 394 116, Dist. Bharuch, Gujarat, India.
Fabricante del medicamento:	Serral, S.A. de C.V.  Camino Real a Cocotitlan s/n Esq. con Constitución 5 de Feb., Zona Industrial Chalco, C.P. 56600, Chalco, México.
Acondicionado por:	Serral, S.A. de C.V.  Camino Real a Cocotitlan s/n Esq. con Constitución 5 de Feb., Zona Industrial Chalco, C.P. 56600, Chalco, México.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

COF 107106

SCIENTIFIC  
SYSTEMS



Distribuido por:

Sun Pharma de México, S.A. de C.V.

Av. Rio Churubusco No. 658, Col. Sifón, C.P. 09400, Deleg. Iztapalapa, D.F., México

Fecha de expedición: 09 de Mayo del 2012

Fecha de vencimiento: 25 de Noviembre del 2016

Presentaciones:

Caja con 10, 14, 20, 28 ó 30 tabletas de 20 mg. Frasco etiquetado con 10, 14, 20, 28 ó 30 tabletas de 20 mg con o sin caja.

Envase para Tableta:

Sobre -de celofán

Burbuja-de cloruro de polivinilo/aluminio (PVC/Al)

Frasco-de polietileno de alta densidad (PEAD o HDPE)

Vida útil: 24 meses, debiendo expresarse el año con número y el mes con letra.

Indicación terapéutica: Antidepresivo

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al componente de la fórmula, administración concomitante de la MAO, embarazo y lactancia.

Fórmula

Fórmula Para la presentación en: Tableta

Fármacos

Fármacos	Cantidad	Unidad
Citalopram	20.000	mg (1)
Aditivos		
Lactosa monohidratada	78.260	mg
Celulosa microcristalina PH-101	16.500	mg
Almidón de maíz	35.000	mg
Copovidona	10.000	mg (2)
Croscarmelosa de sodio	2.000	mg
Dióxido de silicio coloidal	0.750	mg
Estearato de magnesio	2.000	mg
Celulosa microcristalina PH-102	170.000	mg (3)
Agua purificada	cs	(4)
Recubrimiento		
Opadry rosa	5.500	mg (5,6)
Agua purificada	cs	(4)

Notas al calce:

(1) Se adiciona como Bromhidrato de citalopram equivalente a ...

(2) Kollidon VA64.

(3) csp

(4) Se evapora durante el proceso.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

COF 017807

01/11/2020



(5) 03B54941.

(6) Composición (w/w): Dióxido de titanio 28.556%, Óxido de hierro negro: 0.093%, HPMC 2910: 63.650%, PEG 400: 6.300%, Óxido de hierro rojo: 1.401 %.

Vía de administración: Oral.

Observaciones al Registro:

- Se autoriza el cambio del titular y del distribuidor del Registro Sanitario debido a la cesión de derechos, quedando acorde a la Licencia Sanitaria remitida.
- Se autoriza la actualización de marbetes conforme a la NOM-072-SSA1-1993 y el Artículo 24 Fracción II de Reglamento de Insumos para la Salud, de las presentaciones previamente autorizadas, e IPP's.
- Con base en el Artículo 168 del Reglamento de Insumos para la Salud, cuentan con 120 días para agotar existencias de material de envase y producto terminado, con las condiciones previas a esta autorización.
- Se incluye como acondicionador al fabricante del medicamento, con base en la información previamente autorizada.
- Las condiciones sanitarias del producto al que hace referencia la presente autorización podrán ser verificadas en cualquier momento por la autoridad sanitaria. Lo anterior de conformidad con los artículos 17 BIS fracciones IV y VI y 378 de la Ley General de Salud; 1, 2, 13 y 16 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo 2 fracción III, 128, fracción I. C., 220 fracciones III y VI del Reglamento de Insumos para la Salud (Oficio No. 1033001010130 del 25 de Noviembre del 2011).
- Deberán confirmar el plazo de caducidad otorgado con estudios de estabilidad a largo plazo de muestras conservadas y analizadas en México conforme la NOM-073-SSA1-2005. Estabilidad de Fármacos y Medicamentos (Oficio No. 1033001010130 del 25 de Noviembre del 2011).
- Se les recuerda que para la renovación de la presente autorización sanitaria, deberá presentar las evidencias de cumplimiento con lo establecido en la NOM-220-SSA1-2002, y el Reglamento de Insumos para la Salud, en particular lo establecido en el Artículo 190 Bis del mismo, relativo a presentar los acusos emitidos por el Centro Nacional de Farmacovigilancia (Informe de Seguridad en México, Reporte Periódico de Seguridad y Reporte de Estudios Clínicos, cuando aplique) (Oficio No. 1033001010130 del 25 de Noviembre del 2011).

Anexos: 11.

No. de Registro: 268M2063 SSA  
 No. de Solicitud: 123300001X0276  
 Titular: Sun Pharma México, S.A. de C.V.  
 Denominación Distintiva: CITOX  
 Denominación Genérica: Citaloprem  
 Forma Farmacéutica: Tabletas

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN  
 EL DIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIÓN  
 DE PRODUCTOS Y ESTABLECIMIENTOS

MARCO ANTONIO ARIAS VIDACA

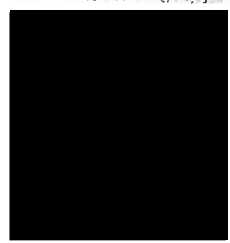
Con fundamento en lo dispuesto por el Artículo DECIMO PRIMERO del Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los Organos Administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2010.

CLEVELAND MS



**Comisión Federal para la Protección contra  
Riesgos Sanitarios**

**Centro Integral de Servicios  
Comprobante de Trámite**



Homoclave del Trámite:  
**COFEPRIS-04-023**

**NÚMERO DE TRÁMITE**



Nombre de Trámite:  
**SOLICITUD DE PRÓRROGA DEL REGISTRO SANITARIO DE MEDIC**

Trámite Físico

Modalidad:  
**A. FABRICACIÓN NACIONAL**

28/06/2016  
16:42 hrs

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:**

**SUN PHARMA DE MEXICO, S.A. DE C.V.**

**R.F.C o C.U.R.P.:**

**SPM 021203H2**

**DOMICILIO:**

**AV RIO CHURUBUSCO COL: SIFON IZTAPALAPA, C.P.  
09400 CIUDAD DE MÉXICO**

**REPRESENTANTE LEGAL O  
RESPONSABLE SANITARIO:**

**VIPULKUMAR JAYANTILAL TIMBADIA**

**ANEXOS:**

**NO. DE CARPETAS: 1. OTROS: INGRESA PAGO  
ELECTRONICO.**

**MODO DE INGRESO:**

**VENTANILLA**

**MODO DE ENTREGA:**

**VENTANILLA**

**OBSERVACIONES:**

**VER NOTA**

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

**SE CANCELA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL TAL COMO: QR, NO. DE TRÁMITE,  
POR CONSIDERARSE QUE ES INHERENTE AL PATRIMONIO DE LA PERSONA  
MORAL, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113  
FRACCIÓN III Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA  
INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016**

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

QUALITY


**Comisión Federal para la Protección contra  
 Riesgos Sanitarios**
**Centro Integral de Servicios  
 Comprobante de Trámite**

La información señalada a continuación se recibe de buena fe por parte de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios y el usuario manifiesta bajo protesta de decir verdad que entrega la siguiente documentación:

- \* Formato de Autorizaciones, Certificados y Visitas, debidamente requisitado
- \* En su caso, proyectos de texto de las versiones amplia y reducida de la información para prescribir.
- \* Proyectos de etiqueta conforme a la norma correspondiente

Secretaría de Salud

Comisión Federal para la

Protección contra Riesgos Sanitarios

**Modalidad A.-**

- \* Para modificaciones de nombre y/o domicilio del titular del registro o del maquilador nacional sin cambio en el proceso de producción, copia de los últimos marbetes autorizados.

En este acto de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios realiza exclusivamente la recepción de la documentación y no constituye dictaminación o validación alguna de la misma  
 163300423A0199 -

Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página [www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx) en "Resoluciones Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número **01 800 033 5050**.

Si la resolución de su trámite se encuentra disponible podrá recogerla contra entrega de este comprobante de trámite original en el Centro Integral de Servicios, donde permanecerán disponibles durante 30 días naturales y solo será entregada al representante legal, responsable sanitario o personas autorizadas notificadas ante ésta Comisión Federal previa presentación de identificación oficial.

**ANEXOS**  
 DIVISION DE CONTRATOS

SE CANCELA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL TAL COMO: QR, POR CONSIDERARSE QUE ES INHERENTE AL PATRIMONIO DE LA PERSONA MORAL, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN III Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

QUELLI M&A

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Autorizaciones, Certificados y Visitas

0538

Homoclave del formato  
FF-COFEPRIS-01  
Número de RUPA

Uso exclusivo de la COFEPRIS  
Número de ingreso

Antes de llenar este formato lee cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anexos. Llenar con letra de molde legible o máquina o computadora.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: **COFEPRIS-04-023-A** Nombre: **Solicitud de Prórroga del Registro Sanitario de Medicamentos Alopáticos, Vacunas, Homoderivados y Biomedicamento**  
Modalidad: **A.- Prórroga del Registro Sanitario de Medicamentos Alopáticos, Vacunas, Homoderivados y Biomedicamento de Fabricación Nacional.**

2. Datos del propietario

Persona física

RFC:  
CURP (opcional):  
Nombre(s):  
Primer apellido:  
Segundo apellido:  
Teléfono (lada y número):  
Correo electrónico:

Persona moral

RFC: **SPM021203H2**  
Denominación o razón social:  
**SUN PHARMA DE MÉXICO S.A. DE C.V.**  
Representante legal o apoderado que solicita el trámite  
RFC: **[REDACTED]**  
CURP (opcional):  
Nombre(s): **VIPULKUMAR JAYANTILAL**  
Primer apellido: **TIMBADIA**  
Segundo apellido:  
Teléfono (lada y número): **(85) 5663 25 77, (55) 5663 2578**  
Correo electrónico: **Vipul.Timbadia@sunpharma.com**

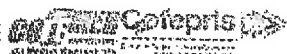
**SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICA(S) INDENTIFICABLE(S) TALES COMO; RFC, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016**

Domicilio fiscal de la empresa

Código postal: **03100**  
Calle: **AVENIDA INSURGENTES SUR**  
(Tipo de vía: por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, intersección entre otras.)  
Número exterior: **600** Número Interior: **MEZZANINE**  
Colonia: **DEL VALLE**  
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

Localidad:  
Municipio o delegación: **BENITO JUÁREZ**  
Estado o Distrito Federal: **DISTRITO FEDERAL**  
Entre que calles (tipo y nombre): **AVENIDA VALLE DE ARIZPE Y AVENIDA XOLA**  
Calle posterior (tipo y nombre): **CALLE MAGDALENA**  
Teléfono (lada y número): **(55) 5663 25 77, (55) 5663 2578**

**"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"**



Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles,  
Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
C.P. 03810,  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

SECRET

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

3. Datos del establecimiento

RFC: **SPM021203H2** Denominación o razón social: **SUN PHARMA DE MÉXICO S.A. DE C.V.**

Indique la clave y descripción del giro que corresponde a el establecimiento de acuerdo al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte:

Clave SCIAN

325412

02

Descripción del SCIAN

**FABRICACION DE PREPARACIONES FARMACÉUTICAS**

Fabrica o laboratorio de medicamentos o productos biológicos para uso humano

Número de licencia sanitaria o indique si presentó aviso de funcionamiento: **09 009 02 0013**

Responsable sanitario

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Sólo para el alta de licencia sanitaria

Horario de operaciones (marcar con una X):

D	L	M	M	J	V	S	de	00:00	24	00:00
C	L	P	M	J	V	S	de	00:00	24	00:00

Fecha de inicio de operaciones: 00 / 00 / 0000

Domicilio del establecimiento

Código postal: **09400**

Calle: **AVENIDA RIO CHURUBUSCO**

(Tipo de vía: por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril, entre otros.)

Número exterior: **656**

Número interior: **---**

Colonia: **SIFON**

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

Localidad: **---**

Municipio o delegación: **IZTAPALAPA**

Estado o Distrito Federal: **DISTRITO FEDERAL**

Entre que calles (tipo y nombre): **CALLE VETERINARIOS Y MEDICOS**

Calle posterior (tipo y nombre): **VICENTE GUERRERO**

Teléfono (lada y número): **555633 5621, 5556 34 3318**

Representante(s) legal(es) y persona(s) autorizada(s)

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s): **VIPULKUMAR JAYANTILAL**

Primer apellido: **TIMBADIA**

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número): **(55) 5663 25 77, (55) 5663 2578**

Correo electrónico: **Vipul.Timbadia@sunpharma.com**

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICA(S) IDENTIFICABLE(S) TALES COMO; RFC, NOMBRE, TELÉFONOS, CORREO ELECTRÓNICO, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

**ANEXOS**  
COMISION DE CONTRATOS

QUALITY  
SERVICES

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

Representante legal

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

Persona autorizada

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Correo electrónico:

4. Modificación y/o prórroga

Seleccione una opción:  Modificación  Prórroga

Número de documento:

Dice / condición autorizada

Debe decir / condición solicitada

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

5. Datos del producto

Producto

1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:  
**MEDICAMENTO**

2) Especificar: **ALOPATICO**

3) Denominación específica del producto:  
**N/A**

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:  
**CITOX**

5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:  
**CITALOPRAM**

Producto

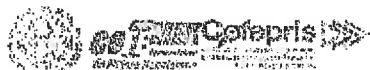
1) Nombre de la clasificación del producto o servicio:

2) Especificar:

3) Denominación específica del producto:

4) Nombre (marca comercial) o denominación distintiva:

5) Denominación Común Internacional (DCI) o genérica o nombre científico o identificador único de la OCDE:



Contacto:  
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
C.P. 03810.  
Teléfono 01-800-033-5050  
contacto@cofepris.gob.mx

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICA(S) INDENTIFICABLE(S) TALES COMO; NOMBRE, TELÉFONOS, CORREO ELECTRÓNICO, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

CHINESE

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

6) Forma farmacéutica o forma física: **TABLETAS**

7) Tipo de producto: **PRODUCTO TERMINADO**

8) Fracción arancelaria: **N/A**

9) Cantidad de lotes: **N/A**

10) Unidad de medida: **N/A**

11) Cantidad o volumen total: **N/A**

12) Número de piezas a fabricar: **N/A**

13) Kilogramos o gramos por lote: **N/A**

14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica: **N/A**

15) Número de registro sanitario: **N/A**

16) Número de acta: **N/A**

17) Presentación: **Caja con 10, 14, 20, 28 ó 30 tabletas de 20 mg. Frasco etiquetado con 10, 14, 20, 28 ó 30 tabletas de 20 mg con o sin caja.**

18) Uso específico o proceso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

19) Clave del(de los) lote(s): **N/A**

20) Indicaciones de uso: **N/A**

21) Concentración: **20 mg**

22) Indicaciones terapéuticas: **Antidepresivo**

23) Fecha de fabricación: **DD / MM / AAAA**

24) Fecha de caducidad: **DD / MM / AAAA**

25) Temperatura de almacenamiento: **N/A**

26) Temperatura de transporte: **N/A**

27) Medio de transporte o aduana de entrada: **N/A**

28) Identificación de contenedores: **N/A**

29) Envase primario: **Folleto de celulosa / Burbuja de cloruro de polivinilo/aluminio (PVC/Al) / Frasco de polietileno de alta densidad (PEAD o HDPE)**

30) Envase secundario: **Caja de cartón**

31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje: **N/A**

32) Número de partida: **N/A**

33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):

6) Forma farmacéutica o forma física:

7) Tipo de producto:

8) Fracción arancelaria:

9) Cantidad de lotes:

10) Unidad de medida:

11) Cantidad o volumen total:

12) Número de piezas a fabricar:

13) Kilogramos o gramos por lote:

14) Número de permiso sanitario de importación o exportación o clave alfanumérica:

15) Número de registro sanitario:

16) Número de acta:

17) Presentación:

18) Uso específico o proceso:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

19) Clave del(de los) lote(s):

20) Indicaciones de uso:

21) Concentración:

22) Indicaciones terapéuticas:

23) Fecha de fabricación: **DD / MM / AAAA**

24) Fecha de caducidad: **DD / MM / AAAA**

25) Temperatura de almacenamiento:

26) Temperatura de transporte:

27) Medio de transporte o aduana de entrada:

28) Identificación de contenedores:

29) Envase primario:

30) Envase secundario:

31) Tipo de embalaje y número de unidades de embalaje:

32) Número de partida:

33) Clave del cuadro básico o catálogo del sector salud (CBSS):

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

1954

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

N/A

34) Presentación destinada a:  
 Exportación  Genérico  Sector Salud  Venta

35) Fabricación del producto:  
 Nacional  Extranjero

36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):  
 N/A

37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:  
 N/A

38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:  
 N/A

39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):  
 N/A

34) Presentación destinada a:  
 Exportación  Genérico  Sector Salud  Venta

35) Fabricación del producto:  
 Nacional  Extranjero

36) Unidad de medida de aplicación de la TIGIE (UMT):

37) Cantidad de unidad de medida de aplicación de la TIGIE:

38) Tipo de organismo genéticamente modificado (OGM) sólo un producto por solicitud:

39) Número de programa IMMEX (sólo para empresas que estén dentro del programa para la industria manufacturera, maquiladora y de servicios de exportación):

0536

Nota: Reproducir Datos del Producto, tantas veces como sea necesario conforme a lo establecido en cada tipo de trámite.

6. Información para certificados

Uso del certificado (para exportación, registro, prórroga y otros):

País destino:

Especificar características:

7. Información para protocolo de investigación

Marca con una X el tipo de protocolo a realizar:

Nuevo

Modificación o enmienda

Título del protocolo:

Vía de administración (medicamentos o dispositivos médicos):

Nombre del investigador principal:

Nombre(s) de la(s) institución(es) donde se realizará la investigación:

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS



2025年12月

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

8. Información para registro sanitario de insumos para la salud

8.A. Para producto maquilado

<b>Persona física</b>	
RFC (a):	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
<b>Persona moral</b>	
RFC (a):	SEB840725NJ6
Denominación o razón social:	SENRIAL S.A. DE C.V.

<b>Datos del responsable sanitario</b>	
RFC:	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Teléfono (lada y número):	
Fax (lada y número):	
Correo electrónico:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Etapas del proceso de fabricación: **Formulación, acondicionamiento, mezcla, envasado**  
 Número de licencia sanitaria o aviso de funcionamiento: **15 029 02 0001**



Domicilio para producto maquilado

Código postal:	58600
Calle:	CAMINO REAL A COCOTITLAN ESQ. CON CONSTITUCION 6 DE FEB.
<small>(Tipo de vía: por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, o cualquier otro nombre de calle.)</small>	
Número exterior:	S/N
Número interior:	
Colonia:	ZONA INDUSTRIAL CHALCO
<small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)</small>	

Localidad:	
Municipio o delegación:	CHALCO
Estado o Distrito Federal:	ESTADO DE MÉXICO
Entre que calles (tipo y nombre):	AUTOPISTA MEXICO PUEBLA
Calle posterior (tipo y nombre):	CASETA DE CHALCO
Teléfono (lada y número):	(55) 5972 8260

8.B. Datos del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

<b>Persona física</b>	
RFC (a):	
CURP (opcional):	
Nombre(s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

<b>Persona moral</b>	
RFC (a):	
Denominación o razón social:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles,  
 Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx

SE CANCELAN DATOS PERSONALES DE PERSONA(S) FÍSICA(S) IDENTIFICABLE(S) TALES COMO; RFC, NOMBRE, TELÉFONOS, CORREO ELECTRÓNICO, POR CONSIDERARSE INFORMACIÓN CUYA DIFUSIÓN PUEDE AFECTAR A LA ESFERA PRIVADA DE LA MISMA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 113 FRACCIÓN I Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. D.O.F. 09-mayo-2016

1941

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del fabricante en el extranjero para productos de importación o nacionales

Código postal:	Localidad:
Calle: <small>(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)</small>	Municipio o delegación:
Número exterior:      Número interior:	Estado o Distrito Federal:
Colonia: <small>(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)</small>	País:
	Entre que calles (tipo y nombre):
	Calle posterior (tipo y nombre):

Nota: En caso de ser más de un fabricante, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

0535

B.C. Datos del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

<b>Persona física</b>	<b>Persona moral</b>
RFC (a):	RFC (a): <b>SPM02120312</b>
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	<b>Sun Pharma de México S.A. de C.V.</b>
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

Domicilio del proveedor o distribuidor (para insumos para la salud)

Código postal (a): <b>54716</b>	Localidad: <b>México</b>
Calle: <b>Rancho 4 Milpas Km 1, Mod. 10 Carret. Tepetzotlan - La Aurora MDC</b> <small>(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías entre otros.)</small>	Municipio o delegación (a): <b>Cuautitlan Izcalli</b>
Número exterior: <b>Fase II</b> Número interior: <b>Secc. L</b>	Estado o Distrito Federal (a): <b>México</b>
Colonia: <b>Ex Hacienda San Miguel</b>	Entre que calles (tipo y nombre): <b>Carretera México-Querétaro</b>
	Calle posterior (tipo y nombre): <b>Camino a Tepetzotlan</b>

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Nota: En caso de ser más de un fabricante o distribuidor, podrá reproducir esta sección cuantas veces sea necesario.

B.D. Datos del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

<b>Persona física</b>	<b>Persona moral</b>
RFC (a):	RFC (a): <b>SPM02120312</b>
CURP (opcional):	Denominación o razón social:
Nombre(s):	<b>Sun Pharma de México S.A. de C.V.</b>
Primer apellido:	
Segundo apellido:	

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.



1950

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Domicilio del establecimiento que acondicionará o almacenará los insumos para la salud

Código postal: 54716

Calle: Rancho 4 Milpas Km 1, Mod. 10 Carret. Tepotzotlán - La Aurora MDC  
(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril entre otros.)

Número exterior: Fase II | Número interior: Secc. L

Colonia: Ex Hacienda San Miguel  
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

(a) Solo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad: México

Municipio o delegación <sup>(a)</sup>: Cuautitlan Izcalli

Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup>: México

Entre que calles (tipo y nombre): Carretera México-Querétaro

Calle posterior (tipo y nombre): Camino a Tepotzotlan

9. Información para importación, exportación y otras autorizaciones

Régimen de importación (sólo para importadores)  Temporal  Definitiva  Depósito fiscal

País de origen: | País de procedencia:

País de destino: | Aduana de entrada o salida:  
(Especifique sólo una)

9.A. Datos del fabricante

**Persona física**

RFC <sup>(a)</sup>:

CURP <sup>(opcional)</sup>:

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

**Persona moral**

RFC <sup>(a)</sup>:

Denominación o razón social:

Domicilio del fabricante

Código postal:

Calle:  
(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril entre otros.)

Número exterior: | Número interior:

Colonia:  
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación <sup>(a)</sup>:

Estado o Distrito Federal <sup>(a)</sup>:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):



Contacto:  
 Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;  
 Delegación Benito Juárez, Distrito Federal,  
 C.P. 03810.  
 Teléfono 01-800-033-5050  
 contacto@cofepris.gob.mx



1998

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9.B. Datos del proveedor o distribuidor

Persona física

RFC (a):

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Persona moral

RFC (a):

Denominación o razón social:

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

0534

Domicilio del proveedor o distribuidor

Código postal:

Calle:

(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación (a):

Estado o Distrito Federal (a):

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

9.C. Datos del destinatario (destino final)

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Persona moral

RFC:

Denominación o razón social:

Domicilio del destinatario (destino final)

Código postal:

Calle:

(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril entre otros.)

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otros.)

(a) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

Localidad:

Municipio o delegación (a):

Estado o Distrito Federal (a):

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

UNIVERSITY OF  
MICHIGAN LIBRARY

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

9.D. Datos del facturador

**Persona física**

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s) (b):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Apellido:

**Persona moral**

RFC:

Denominación o Razón social (b):

(b) Sólo para seguros para la salud.

Domicilio del facturador

Código postal:

Calle:

(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, bulevar, calle, carretera, camino, privada, ferrocarril entre otros.)

Número exterior:      Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, ciudad, campesino, hacienda, entre otros.)

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

(b) Sólo cuando el establecimiento sea nacional.

10. Información para la autorización de terceros

10.A. Laboratorio de pruebas

- Análisis de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios y productos de perfumería y belleza.
  - Análisis de medicamentos y dispositivos médicos
  - Análisis de plaguicidas, fertilizantes y nutrientes vegetales
  - Otro
- (especifique):

10.B. Unidades de verificación

- Verificación de establecimientos
  - Muestreo
  - Otro
- (especifique):

10.C. Pruebas de intercambiabilidad para medicamentos genéricos intercambiables

- Unidad clínica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia
- Unidad analítica para realizar estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia
- Unidad analítica para estudios de perfiles de disolución

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

1991

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

11. Datos de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Persona física

RFC:

CURP (opcional):

Nombre(s):

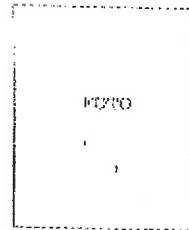
Primer apellido:

Segundo apellido:

Teléfono (lada y número):

Fax (lada y número):

Correo electrónico:



ANEXOS  
DIVISION DE CONTRATOS

Horario de operaciones (marcar con una X):

D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM
D	L	M	M	J	V	S	de	HH:MM	a	HH:MM

En caso de prórroga, indique el número de la tarjeta de control sanitario:

Domicilio particular de la persona que realiza tatuajes, micropigmentación y/o perforaciones

Código postal:

Calle:

(Tipo de vía por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, carretera, camino, privada, terracerías, entre otras).

Número exterior:

Número interior:

Colonia:

(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Colonia, privada, condominio, hacienda, entre otras).

Localidad:

Municipio o delegación:

Estado o Distrito Federal:

País:

Entre que calles (tipo y nombre):

Calle posterior (tipo y nombre):

Declaro bajo protesta decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan de que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad. Y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del Centro Integral de Servicios u oficinas en los estados correspondientes al Sistema Federal Sanitario. (artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo)

Los datos o anexos pueden contener información confidencial, ¿está de acuerdo en hacerlos públicos?

SI

No

VIPULRUMOR JAYANTILAL TIMBADIA

Nombre y firma del propietario,  
o representante legal o responsable sanitario

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro de Atención Telefónica de la COFEPRIS, en el D.F. de cualquier parte del país marque sin costo el 01-800-033-5050 y en caso de requerir el número de ingreso y/o seguimiento de su trámite enviado al área de Tramitación Foránea marque sin costo al 01-800-426-4224.

1950

Sun Pharma de México, S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur No. 600,

Interior Mezzanine,

Col. del Valle, Alc. Benito Juárez,

C.P. 03100, CDMX, México.

Tel.: +52 55 5663-2577



Ciudad de México a 15 de Agosto de 2019

**CARTA DE PRÓRROGA**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios  
Coordinación Técnica de Bienes y Servicios  
División de Bienes Terapéuticos  
Presente.

Vipulkumar Jayantilal Timbadia, en mi carácter de representante legal de la empresa Sun Pharma de México, S.A. de C.V., manifiesto "Bajo Protesta de Decir Verdad" que el trámite de prórroga de Registro Sanitario, del cual presentamos copia, fue sometido en tiempo y forma, y así mismo manifestamos que el acuse de recibo presentado corresponde al producto sometido al trámite de prórroga lo anterior, para dar cumplimiento a lo dispuesto en las bases de la Licitación Pública Nacional Electronica No. LA-050GYR047-E44-2018, para la siguiente clave:

OPC	GEN	ESP	DE	VA	DESCRIPCION	UNID	CANT	TIPO	REGISTRO SANITARIO
010	000	5487	00	00	CITALOPRAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BROMHIDRATO DE CITALOPRAM EQUIVALENTE A 20 MG DE CITALOPRAM. ENVASE CON 14 TABLETAS	ENV	14	TAB	268M2003 SSA

ATENTAMENTE

Vipulkumar Jayantilal Timbadia  
Representante Legal  
Sun Pharma de México, S.A. de C.V.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS



Sun Pharma de México, S.A. de C.V.  
Callejón R. Ponce de León, esquina Vidas.

SECRET



**MESALUD**

**FORMATO CUMPLIMIENTO DE NORMAS (APLICABLE PARA LAS CLAVES DEL GRUPO 010 Y 040)  
QUE NO REQUIEREN REGISTRO SANITARIO.**

Ciudad de México a 15 de Agosto de 2019


**Instituto Mexicano del Seguro Social  
P r e s e n t e.**

El suscrito **Angel Nava Delgado** en mi calidad de Representante Legal o persona que cuenta con facultades para comprometer a la empresa **Mesalud, S.a. de C.V.**, manifiesto que para las claves y registros sanitarios que solicita incluir al contrato adjudicado en el evento de licitación **Licitación Pública Nacional Electrónica No. LA-050GYR047-E44-2018**, y que se contienen en el formato de inclusión de marca **CITALOPRAM**, para la claves **010 000 5487 00 00** las cuales cumplen con:

La Ley General de Salud, en los artículos aplicables, Normas Mexicanas, Normas Internacionales, así como con las especificaciones técnicas del IMSS y a falta de éstas, de acuerdo a las especificaciones técnicas del fabricante, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 53 y 55 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; o especificaciones técnicas que se señalan en el artículo 67 de la Ley mencionada o bien, cumpliendo con las características y especificaciones requeridas en la Convocatoria, que dio origen a la adjudicación de la clave de la que se solicita inclusión.

Asimismo, manifiesto que cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social determine procedente la solicitud de inclusión, me obligo a realizar pruebas de funcionalidad y/o pruebas en un laboratorio tercero autorizado por la COFEPRIS.

**ANEXOS**  
DIVISION DE CONTRATOS

  
\_\_\_\_\_  
**Angel Nava delgado**  
**Representante Legal**  
**Mesalud, S.A. de C.V.**

MEMPHIS  
OVER