

2. 12-01-21

SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN DE CHIAPAS

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9 **TEL:**

ÁREA REQUIRENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACÉN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUIRENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASÉN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL. (01961) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUIRENTE.

PERSONA MORAL
RUBISEL RUIZ LIEVANO

PROCEDIMIENTO
LPN IA

FECHA DE AUTORIZACIÓN
DÍA 08 MES 12 AÑO 2021

TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

FECHA: DÍA 08 MES DICIEMBRE AÑO 2021

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QMS; DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010

PEDIDO
PCF-130-21

ADJUDICACIÓN DIRECTA

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
1	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION GENERAL, 6 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	2700	\$ 14.00	\$ 37,800.00
2	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA DE PRACTICAS DE HIGIENE PARA ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIO DE ALIMENTOS O BEBIDAS, 9 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	2000	\$ 17.00	\$ 34,000.00
3	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA DE PRACTICAS DE HIGIENE PARA EXPENDIOS DE ALIMENTOS, BEBIDAS O SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS, 8 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	700	\$ 15.00	\$ 10,500.00
4	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA DE PRACTICAS DE HIGIENE PARA EL PROCESO DE AGUA Y HIELO, 9 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 17.00	\$ 17,000.00

SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.
DR. LUIS ANTONIO FULLEN VELASCO

PROVEEDOR

SEGUIMIENTO DE PEDIDO

ALMACEN

PAGOS

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.
LA-SAMUEL SILVÁN QLAN

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE Dobiel Ruiz Nevano

FIRMA [Firma manuscrita]

CARGO Representante legal

TELEFONO 961379484

FECHA

<u>30</u>	<u>Diciembre</u>	<u>2021</u>
<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA INE: 0295051986494

OBSERVACIONES: _____



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9 **TEL:**

PERSONA MORAL
 RUBISEL RUIZ LIEVANO

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL.-(01961) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PEDIDO	
PCF-130-21	
FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES	↑
FECHA:	TIEMPO DE ENTREGA:
DÍA 08	15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.
MES DICIEMBRE	ADJUDICACIÓN DIRECTA
AÑO 2021	FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS; DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010
NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.	
PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.	

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
5	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA DE PRACTICAS DE HIGIENE PARA TORTILLERIAS Y PANADERIAS, 8 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 35.00	\$ 3,500.00
6	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS QUE EXPENDAN O SUMINISTREN BEBIDAS ALCOHOLICAS, 7 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 18.00	\$ 18,000.00
7	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA FARMACIAS BOTICAS Y DROGUERIAS, 13 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 25.00	\$ 25,000.00
8	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION DE LA LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO Y REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO, 6 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	124	\$ 34.00	\$ 4,216.00

ORIGINAL PARA	PAGOS
PROVEEDOR	ALMACEN
SEGUIMIENTO DE PEDIDO	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
COPIA PARA	LA. SAMUEL SEBASTIÁN OLÁN

Rubisel Ruiz Lievano

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE Rubiel Ruiz Vero

FIRMA Rubiel

CARGO Representante Legal

TELEFONO 9613744846

FECHA

<u>30</u>	<u>Diciembre</u>	<u>2021</u>
<small>DIA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURIDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA INE: 0295051786474

OBSERVACIONES: _____



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9

TEL:

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL. (01986) 61-5-58-81. DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PERSONA MORAL

RUBISEL RUIZ LIEVANO

PROCEDIMIENTO

LPN

IA

AD

FECHA DE AUTORIZACIÓN

DÍA

08

MES

12

AÑO

2021

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES		PEDIDO	
TIEMPO DE ENTREGA:		FECHA:	AÑO
15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.		DÍA 08	NOVIEMBRE 2021
NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.		ADJUDICACIÓN DIRECTA	
FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS: DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010		PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.	

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
9	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN Y COMERCIALIZAN PLAGUICIDAS, NUTRIENTES VEGETALES Y SUSTANCIAS TOXICAS, 5 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 26.00	\$ 2,600.00
10	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS QUE APLIQUEN PLAGUICIDAS, 5 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 26.00	\$ 2,600.00
11	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA SISTEMA PUBLICO O PRIVADO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA, 6 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 28.00	\$ 2,800.00
12	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCION DE LAS ADICIONES, POR SANEAMIENTO, 5 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 26.00	\$ 2,600.00

SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES. DR. LUIS ANTONIO GUILLM BALVELSCO ORIGINAL PARA	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS. L.A. SAMURÉ SILVÁN OLAN ALMACEN	SEGUIMIENTO DE PEDIDO PAGOS
---	--	--------------------------------

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE Rubiel Ruiz Livano

FIRMA *Rubiel Ruiz Livano*

CARGO Representante legal

TELEFONO 961 3474846

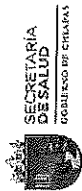
FECHA

<u>30</u>	<u>Diciembre</u>	<u>2021</u>
-----------	------------------	-------------

día MES AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA INE: 0295051986474

OBSERVACIONES: _____



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL:

33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9

TEL:

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN (KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL- (01986) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PERSONA MORAL

RUBISEL RUIZ LIEVANO

PROCEDIMIENTO

LPN IA AD

FECHA DE AUTORIZACIÓN

DÍA 08 MES 12 AÑO 2021

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES		<p style="text-align: center;">PEDIDO</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">PCF-130-21</p>	
FECHA:	DÍA 08	MES DICIEMBRE	AÑO 2021
TIEMPO DE ENTREGA:		ADJUDICACIÓN DIRECTA	
15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.		FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS: DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010	
NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.		<p style="text-align: center;">PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.</p>	

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
13	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA O CONSULTORIOS MEDICOS GENERALES Y DE ESPECIALIDAD, 8 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	300	\$ 31.00	\$ 9,300.00
14	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION ESTOMATOLOGICA, 7 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 28.00	\$ 2,800.00
15	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA LABORATORIOS CLINICOS, 5 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 28.00	\$ 2,800.00
16	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA HOSPITALARIA, 11 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 34.00	\$ 3,400.00

SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES. DR. LUIS ANTONIO QUIJÓN VELASCO	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS. L.A. SAMUEL SANTOLÁN
PROVEEDOR	ALMACEN
SEGUIMIENTO DE PEDIDO	PAGOS

ORIGINAL PARA

Paul refSP

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE Rubel Ruiz Leono

FIRMA [Firma manuscrita]

CARGO Representante legal

TELEFONO 961 3742846

FECHA

<u>30</u>	<u>Diciembre</u>	<u>2021</u>
-----------	------------------	-------------

día MES AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURIDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA IME: 0295051786474

OBSERVACIONES: _____



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9 **TEL:** PERSONA MORAL
 RUBISEL RUIZ LIEVANO

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASÉN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL. (01961) 61-5-58-81. DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PROCEDIMIENTO
 LPN IA 10
FECHA DE AUTORIZACIÓN
 DÍA 08 MES 12 AÑO 2021

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES →

PEDIDO
PCF-130-21

FECHA: DÍA 08 MES DICIEMBRE AÑO 2021

TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

ADJUDICACIÓN DIRECTA

FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS; DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010

NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
17	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS EN LA ATENCION DE LAS ADICCIONES DERIVADA DE LA ATENCION MEDICA, 6 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 28.00	\$ 2,800.00
18	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA LA VIGILANCIA Y PREVENION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, 7 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 30.00	\$ 3,000.00
19	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO CON RAYOS X, 31 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 174.00	\$ 17,400.00
20	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACION SANITARIA PARA PREVENIR LA MUERTE MATERNA, 10 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 59.50	\$ 5,950.00

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.

PROVEEDOR: DR. LUIS ANTONIO CHILLEN VELASCO

COPIA PARA: SEGUIMIENTO DE PEDIDO

ALMACEN: DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 L.A. SAMUEL MARTÍNEZ

PAGOS:

ORIGINAL PARA

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE

Rubiel Ruiz Ureano

FIRMA

Rubiel Ruiz Ureano

CARGO

Representante legal

TELEFONO

961 379 4846

FECHA

30

Diciembre

2021

día

MES

AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURIDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA

INE: 0295051786474

OBSERVACIONES:



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DN9

TEL:

PERSONA MORAL

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL.- (01961) 61-5-58-81. DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LPN	IA	AD
FECHA DE AUTORIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
08	12	2021

PROCEDIMIENTO

NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS: DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010

ADJUDICACIÓN DIRECTA

TIEMPO DE ENTREGA:

15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

FAVOR DE OTAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES

PCF-130-21



PEDIDO

FECHA:

DÍA 08

MES DICIEMBRE

AÑO 2021

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
21	JUEGO DE ACTA	JUEGO DE ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN TATUAJES, MICROPIGMENTACIONES Y PERFORACIONES, 5 HOJAS IMPRESAS CON PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), A UNA TINTA, TAMAÑO CARTA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 30.50	\$ 3,050.00
22	JUEGO DE ACTA	FORMATO DE SOLICITUD LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 2 HOJAS. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	3500	\$ 6.00	\$ 21,000.00
23	JUEGO DE ACTA	CEDULA DE NOTIFICACION, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 1 HOJA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	3000	\$ 2.00	\$ 6,000.00
24	JUEGO DE ACTA	CITATORIO, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 1 HOJA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	3000	\$ 2.00	\$ 6,000.00

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DR. CIROS ANTONIO GUILLEN VILLASCO

L.A. SAMUEL SILVIAN OLAN

ORIGINAL PARA

PROVEEDOR

COPIA PARA

SEGUIMIENTO DE PEDIDO

ALMACEN

PAGOS

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE Robiel Ruiz Leon

FIRMA [Firma manuscrita]

CARGO Representante legal

TELEFONO 9613894846

FECHA 30 Diciembre 2021

DÍA

MES

AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURIDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA INE: 0295057986474

OBSERVACIONES: _____



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DIN9

TEL:

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL- (019861) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PERSONA MORAL

RUBISEL RUIZ LIEVANO

PROCEDIMIENTO

LPN IA AD

FECHA DE AUTORIZACIÓN

DÍA 08 MES 12 AÑO 2021

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES

PEDIDO

PCF-130-21

FECHA: DÍA 08 MES DICIEMBRE AÑO 2021

TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

ADJUDICACIÓN DIRECTA

FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS; DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010

NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
25	JUEGO DE ACTA	CECULA DE NOTIFICACION POR CITATORIO, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 1 HOJA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	2000	\$ 2.00	\$ 4,000.00
26	JUEGO DE ACTA	INSTRUCTIVO, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 1 HOJA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 2.00	\$ 2,000.00
27	JUEGO DE ACTA	RAZONAMIENTO, EN PAPEL AUTOCOPIANTE (ORIGINAL Y UNA COPIA), TAMAÑO CARTA, 1 HOJA. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 2.00	\$ 2,000.00
28	JUEGO DE ACTA	ETIQUETA AUTO ADHERIBLE EN PAPEL COUCHE, SELECCIÓN A COLOR, 10.5 X 6 CM. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	10000	\$ 0.80	\$ 8,000.00
29	JUEGO DE ACTA	FAJILLA OFICIAL DE SUSPENSION, AUTO ADHERIBLE EN PAPEL COUCHE, SELECCIÓN A COLOR 21.6 X 34 CM. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 5.80	\$ 5,800.00
30	JUEGO DE ACTA	FAJILLA OFICIAL DE ASEGURAMIENTO, AUTO ADHERIBLE EN PAPEL COUCHE, SELECCIÓN A COLOR 21.6 X 34 CM. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	1000	\$ 5.80	\$ 5,800.00

SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.

SR. LUIS ANTONIO GUTIÉRREZ VELASCO

PROVEEDOR

COPIA PARA **SEGUIMIENTO DE PEDIDO**

ALMACEN

PAGOS

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.

SR. SAMUEL BARRA YOLAN

ORIGINAL PARA

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE

Rubiel Ruiz Moreno

FIRMA

Rubiel Ruiz Moreno

CARGO

Representante legal

TELEFONO

961 3794846

FECHA

30	Di	ciembre	20	20
	día		MES	AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA

INE: 029505 1786974

OBSERVACIONES:



INSTITUTO DE SALUD
DE
CHIAPAS

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 DNG **TEL:**

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA, PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACEN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASÉN KM. 3.5 A 400 MTS. DEL HOTEL NIZA. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL- (01961) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

PERSONA MORAL
RUBISEL RUIZ LIEVANO
PROCEDIMIENTO
LPN IA AD
FECHA DE AUTORIZACIÓN
DIA 08 MES 12 AÑO 2021

FAVOR DE CITAR ESTE NÚMERO EN TODA SU CORRESPONDENCIA, DOCUMENTOS Y EMPAQUES

PCF-130-21

FECHA: DÍA 08 MES DICIEMBRE AÑO 2021

TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

ADJUDICACIÓN DIRECTA

FACTURAR A NOMBRE DE: INSTITUTO DE SALUD, R.F.C. ISA 961203 QNS: DOMICILIO: UNIDAD ADMINISTRATIVA EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, C.P. 29010

NOTA: LA FACTURA DEBE CORRESPONDER AL EJERCICIO 2021.

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
31	TIRAJE	FAJILLA OFICIAL DE CLAUSURA, AUTO ADHERIBLE EN PAPEL COUCHE, SELECCIÓN A COLOR 21.6 X 34 CM. SE ANEXA FORMATO EN CD	S/M	100	\$ 5.80	\$ 580.00
SUBTOTAL					\$	272,296.00
I.V.A. INCLUIDO (TRESCIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS, 36/100 M.N.)					\$	43,567.36
TOTAL					\$	315,863.36

PROVEEDOR **SEGUIMIENTO DE PEDIDO** **ALMACEN** **PAGOS**

COPIA PARA

SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES.
DR. LUIS ANTONIO GUILLÉN VELÁSQUEZ

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.
L.A. SANDER SILVANO

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE

Rubel Ruiz Leonor

FIRMA

[Handwritten Signature]

CARGO

Representante legal

TELEFONO

961 374 4846

FECHA

30	Diciembre	2021
<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA

INE: 0295 05 17 86474

OBSERVACIONES:



INSTITUTO DE SALUD DE CHIAPAS
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
 CALZADA A LA CIUDAD DEPORTIVA, UNIDAD ADMINISTRATIVA
 EDIFICIO "C", MAYA, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

PARTIDA PRESUPUESTAL: 33603 IMPRESIONES OFICIALES

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR: PUBLITIME PUBLICIDAD, S.A. DE C.V.

DIRECCIÓN: PROLONGACIÓN CALZADA CIRO FARRERA No. 2B, COL. LOS LAGUITOS, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. C.P. 29020.

R.F.C. PPU 140415 D9N **TEL:**

PERSONA MORAL
 RUBISEL RUIZ LIEVANO

PROCEDIMIENTO
 LPN IA AD

ÁREA REQUERENTE: DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

CONDICIONES DE PAGO: CRÉDITO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA RESPECTIVA. PREVIA ENTREGA DE LOS BIENES EN EL ALMACÉN DEL INSTITUTO DE SALUD Y A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

LUGAR DE ENTREGA: ALMACÉN ESTATAL DEL INSTITUTO DE SALUD, UBICADO EN CARRETERA TUXTLA-CHICOASEN KM. 3.5 A 100 MTS. DEL HOTEL NIZA. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, TEL- (03961) 61-5-58-81, DE LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 A LAS 13:30 HRS. EN DÍAS HÁBILES. TODAS LAS MANIOBRAS DE TRANSPORTACIÓN, CARGA Y DESCARGA CORREN POR CUENTA Y RIESGO DEL PROVEEDOR, GARANTIZANDO LA CORRECTA ENTREGA DE LOS BIENES A ENTERA SATISFACCIÓN DEL ÁREA REQUERENTE.

TIEMPO DE ENTREGA: 15 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DEL PEDIDO Y CONTRATO.

FECHA: DÍA 08 MES DICIEMBRE AÑO 2021

PROYECTO: CONSOLIDAR LA OPERACIÓN DE LAS ÁREAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS 2021.

LOTE	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	MARCA Y/O MODELO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO	PRECIO TOTAL NETO MONEDA NACIONAL
------	------------------	-------------	------------------	----------	----------------------	-----------------------------------

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 57 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y 107 DE SU RESPECTIVO REGLAMENTO, LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y LOS ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL, CON MOTIVO DE LAS AUDITORÍAS, VISITAS O INSPECCIONES QUE PRACTIQUEN, PODRÁN SOLICITAR A LOS PROVEEDORES INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON LOS CONTRATOS.

AUTORIZACIÓN DE ADJUDICACIÓN DIRECTA MEDIANTE ACUERDO NO. 1 DE LA SESIÓN EXTRAORDINARIA 016/21, CELEBRADA EL DÍA 08 DE DICIEMBRE DE 2021 POR EL COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO Y SERVICIOS DEL INSTITUTO DE SALUD Y EN ATENCIÓN AL MEMORÁNDUM DE SOLICITUD No. DIPRIS 105.2.6/05866/2021 POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

DEBERÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS SIGUIENTES 10 DÍAS NATURALES CHEQUE CERTIFICADO O PÓLIZA DE FIANZA A FAVOR DE LA FEDERACIÓN, POR UN IMPORTE MÍNIMO DEL 10% DEL TOTAL DEL PEDIDO. LO ANTERIOR ES PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL PEDIDO Y CONTRATO, CON FUNDAMENTO EN EL ART. 48 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

PROVEEDOR: DR. LUIS ANTONIO GUTIÉRREZ VELASCO

SEGUIMIENTO DE PEDIDO: [Firma]

ALMACEN: L.A. SERRAEL SILVÁN OLÁN

PAGOS: [Firma]

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS: [Firma]

ORIGINAL PARA: [] COPIA PARA: []

OBSERVACIONES

1. 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.
2. EN EL CASO DE QUE EXISTA ESPERA O DEMORA EN EL PLAZO ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA DE LOS BIENES, AL SIGNAR ESTE PEDIDO U ORDEN, EL PROVEEDOR ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EL INSTITUTO DE SALUD LE HAGA EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES FIJADAS EN EL CONTRATO, A EXCEPCION DE LAS QUE EL PROPIO INSTITUTO DE SALUD HAYA AUTORIZADO.

DATOS DEL REPRESENTANTE O PROPIETARIO

NOMBRE

Rubel Ruiz Lecano

FIRMA

Rubel Ruiz Lecano

CARGO

Representante legal

TELEFONO

961 374 4846

FECHA

30

día

Diciembre

MES

2021

AÑO

EL REPRESENTANTE ACREDITA SU PERSONALIDAD JURIDICA PARA FIRMAR EL PEDIDO DE LA SIGUIENTE FORMA

MUE: 02A505 17 86 4774

OBSERVACIONES:
