

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO<br/>FEDERICO GÓMEZ<br/>DR. MARQUEZ No. 162<br/>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO<br/>HIM871203BS0</div> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br>FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V.<br><br>CALZADA VIADUCTO TLALPAN NO. 3222<br>VIEJO EJIDO DE SANTA ÚRSULA COAPA<br>04980<br>CIUDAD DE MEXICO<br>FMA-930218-1B1<br>SERVIMAYPO@MAYPO.COM                  |  | NUMERO<br><b>001121</b>                                                                                                                                         | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b> | FECHA ENTREGA<br>SEGUN PROGRAMA                                                                                                                                                                        |
| DIA <b>01</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2017</b>                                                                                                                                                                        |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>16,104                                                                                                                                  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                   |                                                                                                                                                                                                        |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0330/17</b>                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUERENTE<br>-02280-                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                           | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                      |                                                                                                                                                                                                        |
| REQUISICION No.<br>-REQ: 001378-                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | OBSERVACIONES:<br><br>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/1261/2017<br>CON CARGO A RECUSOS PROPIOS, PAGO DE<br>CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 51 DE LA<br>L.A.A.S.S.P. |                                                          | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>41-II</b><br>PELIGRE O SE ALTERE EL ORDEN SOCIAL, L |
| <b>CONTRATO</b><br>CERRADO ( <b>X</b> )    ABIERTO (    )<br>ART. 48 LAASSP    SA ( <b>X</b> )    NA (    )                                                                                                        |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>NALLELY HERNANDEZ HINOJOSA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    6,280<br><br>TELÉFONO Y FAX: <b>50-00-10-50 / FAX 50-00-11-50</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25301</b><br><b>MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>                                                               |                                                          | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E305-2017</b><br><br>DIA <b>06</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2017</b>                                                                                |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>01</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2017</b>                                                                                                         |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM04PR                                                                                                                                                                                                                     |  | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR                                                                                      |                                                          |                                                                                                                                                                                                        |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES | CLAVE<br>CUCOP | CANTIDAD<br>MINIMA | MAXIMA | UNIDAD    | PRECIO<br>UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N.<br>MINIMO | MAXIMO     |
|---------|----------|---------------------------|----------------|--------------------|--------|-----------|--------------------|----------------------------------|------------|
| 001     | 13010591 | GALSULFASA 5 MG           | 25302295       | 0                  | 16.00  | AMPOLLETA | 23,765.00          | 0.00                             | 380,240.00 |
|         |          | Cantidad Solicitada:      |                | 16                 |        |           |                    |                                  |            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b> |                 |
| Fecha Mínima:              | <b>03-11-17</b> |
| Fecha Máxima:              | <b>14-11-17</b> |

(Trescientos Ochenta Mil Doscientos Cuarenta Pesos 00/100 M.N.)

| MINIMOS          |         | MAXIMOS          |               |
|------------------|---------|------------------|---------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe:         | \$ 380,240.00 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento:       | \$ 0.00       |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal:        | \$ 380,240.00 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: | \$ 0.00       |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2:     | \$ 380,240.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00       |
| Total:           | \$ 0.00 | Total:           | \$ 380,240.00 |

|                            |                              |                                            |                                        |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO        | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN    |
| GRACIELA VILLEDA GONZÁLEZ  | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ | LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS               | C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO |

EL "PROVEEDOR" Y "EL HOSPITAL", SE OBLIGAN AL CUMPLIMIENTO DE LAS CLAUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO

PROVEEDOR