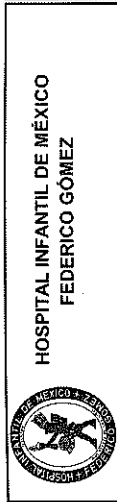


 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ		PROVEEDOR RAZON SOCIAL NOMBRE: LABORATORIOS LICON, S. A. DOMICILIO FISCAL CALLE: CAMINO ANTIGUO A STA. MÓNICA N°. 7 COLONIA: JARDINES DE SANTA MÓNICA CIUDAD: TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO C.P.: 54050 R.F.C.: LLI-821221-D72		001647 NUMERO		MOTIVO (CAUSA) DE MODIFICACION 5.- MODIFICACION DE CANTIDAD CONTRATADA		IMPORTE ANTERIOR DEL CONTRATO \$5,376,496.99 IMPORTE TOTAL DE LA MODIFICACION -\$1,677,949.45	
MODIFICACION AL CONTRATO		FECHA DE MODIFICACION 31 / 12 / 2018 DIA / MES / AÑO		HOJA NO. HOJA: 1 DE: 3		NUEVO IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO (No. Y LETRA) 3,698,547.54 (tres Millones Seiscientos Noventa y ocho Mil Quinient Cuarenta y siete Pesos 54/100 M.N.)			
NUMERO DE MODIFICACION PRIMERA MOD-MT-113/18		NO. DE CONTRATO/AÑO RM-MT-0014/18		REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE: GUILLERMINA CASTILLO RESENDIZ CARGO: TELEFONO Y FAX: 5362-0299; FAX 5362-1792		FUNDAMENTO LEGAL 41-VII UNA LICITACION PUBLICA SE HAYA DECLARADO DESIERTA, SIEMPRE QUE SE MANTENGAN LOS EN LA			
AUTORIZACION SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS		FECHA: 31 / 12 / 2018 DIA / MES / AÑO		FECHA: DIA / MES / AÑO		TELEFONOS: 57 61 03 81 - 57 61 72 53 52 28 98 17 - CONMUTADOR			
OBSERVACIONES: ESTA MODIFICACIÓN SE REALIZA A SOLICITUD DEL DEPARTAMENTO DE ALMACENES MEDIANTE OFICIO 5230/192019.									

CAMBIO	PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE	CANTIDAD		UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N.	
			DICE	CUCOP	MINIMA	MAXIMA		M.N.	MINIMO	MAXIMO
Cantidad Solicitada:	001	90990138	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO ABO, RH Y GRUPO SERICO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	6,000.000	15,000.000	PRUEBA	\$83.35	\$500,100.00	\$1,250,250.00
	002	90990139	DETERMINACION PARA CONFIRMATO-RIA DE ABO Y RH. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	8,640.000	21,600.000	PRUEBA	\$44.53	\$384,739.20	\$961,848.00
Cantidad Solicitada:	003	90990140	DETERMINACION DE COMPATIBILIDAD SANGUINEA MAYOR Y MENOR RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y COOMBS DIRECTO. MARCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	5,760.000	14,400.000	PRUEBA	\$70.13	\$403,948.80	\$1,009,872.00
	004	90990141	DETERMINACION DE GRUPO ABO, RH EN NEONATOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES HEMOLITICAS DEL RECIEN NACIDO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	144.000	360.000	PRUEBA	\$112.43	\$16,189.92	\$40,474.80
Cantidad Solicitada:	005	90990142	DETERMINACION DE COOMBS MONOESPECIFICO (IGG Y C3D, ESPECIAL PARA PACIENTES CON PROBLEMAS INMUNOHEMATOLOGICOS (EN TARJETA DE GEL). MCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	288.000	720.000	PRUEBA	\$153.62	\$44,242.56	\$110,606.40
	006	90990253	DETERMINACION PARA EL RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (EN TARJETA DE GEL)	25100037	5,280.000	13,200.000	PRUEBA	\$77.94	\$411,523.20	\$1,028,808.00
Cantidad Solicitada:	007	90995214	DETERMINACION DE FENOTIPO DE GRUPOS RH NEGATIVO MAS KELL EN TARJETA DE GEL	25100037	480.000	1,200.000	PRUEBA	\$194.21	\$93,220.80	\$233,052.00
Cantidad Solicitada:		1200.000								
									MINIMOS	MAXIMOS
Importe:									\$ 1,853,964.48	\$ 4,634,911.20
Descuento:									\$ 0.00	\$ 0.00
SubTotal:									\$ 1,853,964.48	\$ 4,634,911.20
Otros Impuestos:									\$ 0.00	\$ 0.00
SubTotal 2:									\$ 1,853,964.48	\$ 4,634,911.20
Impuesto:									\$ 296,634.32	\$ 741,585.79
Total:									\$ 2,150,598.80	\$ 5,376,496.99
CAMBIO	PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE	CANTIDAD		UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N.	
			DEBE DECIR	CUCOP	MINIMA	MAXIMA		M.N.	MINIMO	MAXIMO



MODIFICACION AL CONTRATO

FECHA DE MODIFICACION 31 / 12 / 2018 DIA / MES / AÑO	HOJA NO. HOJA: 2 DE: 3
NUMERO DE MODIFICACION PRIMERA MOD-MT-113/18	NO. DE CONTRATO/AÑO RIM-MT-0014/18

AUTORIZACION SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS
NUMERO:
FECHA: 31 / 12 / 2018 DIA / MES / AÑO

PROVEEDOR RAZON SOCIAL NOMBRE: LABORATORIOS LICON, S.A. DOMICILIO FISCAL CALLE: CAMINO ANTIGUO A STA. MONICA N° 7 COLONIA: JARDINES DE SANTA MONICA CIUDAD: TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO C.P.: 54050 R.F.C.: LLI-821221-D72

REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE: GUILLERMINA CASTILLO RESENDIZ CARGO: TELEFONO Y FAX: 5362-0299; FAX 5362-1792
--

FECHA: DIA / MES / AÑO

MOTIVO (CAUSA) DE MODIFICACION 5.- MODIFICACION DE CANTIDAD CONTRATADA
--

IMPORTE ANTERIOR DEL CONTRATO \$5,376,496.99
IMPORTE TOTAL DE LA MODIFICACION -\$1,677,949.45
NUEVO IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO (No. Y LETRA) 3,698,547.54 (tres Millones Seiscientos Noventa y ocho Mil Quinient Cuarenta y siete Pesos 54/100 M.N.)
FUNDAMENTO LEGAL 41-VII UNA LICITACION PUBLICA SE HAYA DECLARADO DESIERTA, SIEMPRE QUE SE MANTENGAN LOS EN LA

TELEFONOS: 57 61 03 81 - 57 61 72 53 52 28 99 17 - CONMUTADOR

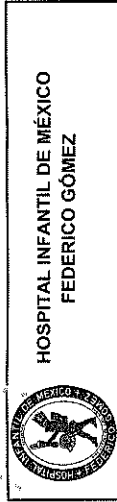
OBSERVACIONES: ESTA MODIFICACION SE REALIZA A SOLICITUD DEL DEPARTAMENTO DE ALMACENES MEDIANTE OFICIO 5230/19/2019.

000005	001	90990138	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO ABO, RH Y GRUPO SERICO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	4,320.000	10,800.000	PRUEBA	\$83.35	\$360,072.00	\$900,180.00
Cantidad Solicitada:		10800.000								
000005	002	90990139	DETERMINACION PARA CONFIRMATO-RIA DE ABO Y RH. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	5,920.000	14,800.000	PRUEBA	\$44.53	\$263,617.60	\$659,044.00
Cantidad Solicitada:		14800.000								
000005	003	90990140	DETERMINACION DE COMPATIBILIDAD SANGUINEA MAYOR Y MENOR RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y COOMBS DIRECTO. MARCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	4,160.000	10,400.000	PRUEBA	\$70.13	\$291,740.80	\$729,352.00
Cantidad Solicitada:		10400.000								
000005	004	90990141	DETERMINACION DE GRUPO ABO, RH EN NEONATOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES HEMOLITICAS DEL RECIEN NACIDO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	210.000	525.000	PRUEBA	\$112.43	\$23,610.30	\$59,025.75
Cantidad Solicitada:		525.000								
000005	005	90990142	DETERMINACION DE COOMBS MONOESPECIFICO (IGG Y C3D, C3D), ESPECIAL PARA PACIENTES CON PROBLEMAS INMUNOHEMATOLOGICOS (EN TARJETA DE GEL). MCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA.	25100037	202.000	505.000	PRUEBA	\$153.62	\$31,031.24	\$77,578.10
Cantidad Solicitada:		505.000								
000005	006	90990253	DETERMINACION PARA EL RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (EN TARJETA DE GEL)	25100037	3,000.000	7,500.000	PRUEBA	\$77.94	\$233,820.00	\$584,550.00
Cantidad Solicitada:		7500.000								
000005	007	90995214	DETERMINACION DE FENOTIPO DE GRUPOS RH NEGATIVO MAS KELL EN TARJETA DE GEL	25100037	368.000	920.000	PRUEBA	\$194.21	\$71,469.28	\$178,673.20
Cantidad Solicitada:		920.000								

Importe:	\$	1,275,361.22	\$	3,188,403.05
Descuento:	\$	0.00	\$	0.00
SubTotal:	\$	1,275,361.22	\$	3,188,403.05
Otros Impuestos:	\$	0.00	\$	0.00
SubTotal 2:	\$	1,275,361.22	\$	3,188,403.05
Impuesto:	\$	204,057.80	\$	510,144.49
Total:	\$	1,479,419.02	\$	3,698,547.54

Fechas de Entrega Mínima: 01-01-2018
Fechas de Entrega Máxima: 31-12-2018

FIRMA DE LOS TITULARES DE LAS AREAS QUE ELABORARON



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

MODIFICACION AL CONTRATO

FECHA DE MODIFICACION 31 / 12 / 2018 DÍA / MES / AÑO	HOJA NO. HOJA: 3 DE: 3
NUMERO DE MODIFICACION PRIMERA MOD-MT-113/18	NO. DE CONTRATO/AÑO RIM-MT-0014/18

AUTORIZACION SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS	
NUMERO:	31 / 12 / 2018
FECHA:	DÍA / MES / AÑO

PROVEEDOR
RAZON SOCIAL
NOMBRE: LABORATORIOS LICON, S.A.
DOMICILIO FISCAL
CALLE: CAMINO ANTIGUO A STA. MÓNICA N°. 7
COLONIA: JARDINES DE SANTA MÓNICA
CIUDAD: TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO
C.P.: 54050
R.F.C.: LLI-821221-D72

REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE: GUILLERMINA CASTILLO RESENDIZ
CARGO:
TELEFONO Y FAX: 5362-0299; FAX 5362-1792
FIRMA

FECHA:
DÍA / MES / AÑO

**MOTIVO (CAUSA)
DE MODIFICACION**
5.- MODIFICACION DE CANTIDAD CONTRATADA
**001647
NUMERO**
PARTIDA PRESUPUESTAL No. : 25101
PRODUCTOS QUÍMICOS BÁSICOS

IMPORTE ANTERIOR DEL CONTRATO
\$5,376,496.99
IMPORTE TOTAL DE LA MODIFICACION
-\$1,677,949.45
NUEVO IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO (No. Y LETRA)
3,698,547.54
(tres Millones Seiscientos Noventa y ocho Mil Quinient Cuarenta y siete Pesos 54/100 M.N.)
FUNDAMENTO LEGAL
41-VII
UNA LICITACION PUBLICA SE HAYA DECLARADO DESIERTA, SIEMPRE QUE SE MANTENGAN LOS EN LA
TELEFONOS:
57 61 03 81 - 57 61 72 53
52 28 98 17 - CONMUTADOR

OBSERVACIONES: ESTA MODIFICACIÓN SE REALIZA A SOLICITUD DEL DEPARTAMENTO DE ALMACENES MEDIANTE OFICIO 5230/19/2019.

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)

JEFE DEL DEPARTAMENTO

Va. Bn. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES

AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

MARIA FERNANDA ORTIZ VAZQUEZ

L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ

LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS

C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO

ESTA MODIFICACION FORMA PARTE DEL CONTRATO INDICADO, SE APLICARAN IGUALMENTE LAS CONDICIONES QUE APARECEN EN EL ORIGINAL. LOS BIENES Y CONDICIONES AMPARADOS EN EL CONTRATO ORIGINAL Y MODIFICACIONES ANTERIORES A ESTA Y QUE NO SE MENCIONAN PERMANECEN SIN MODIFICACION.

PROVEEDOR