

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  <b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b><br><b>FEDERICO GÓMEZ</b><br><b>DR. MARQUEZ No. 162</b><br><b>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO</b><br><b>HIM871203BS0</b> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br><b>ESPECIFICOS STENDHAL, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>AV. CAMINO A SANTA TERESA 1040 MZ 1</b><br><b>JARDINES EN LA MONTAÑA</b><br><b>14210</b><br><b>TLALPAN, CD. DE MX.</b><br><b>EST7411075F3</b><br><b>CHRISTHIAN.MONTES@STENDHALPHARMA.COM</b> |  | NUMERO<br><b>003023</b>                                                                                                                                                                            | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                              | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                  |
| DIA <b>05</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>23199                                                                                                                                                                      | OBSERVACIONES:<br><br><b>Autorizado mediante oficio 5430/001/2021,</b><br><b>con cargo a recursos propios, de acuerdo</b><br><b>con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0038/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002220-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                       | CONDICIONES DE PAGO<br><b>PARCIAL</b>                                   |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>41-V</b><br><b>CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR</b> |                                                                                                                                                                       |                                                                         |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>CHRISTHIAN MONTES ARREDONDO</b>                                                                                                                                                                   |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBGE003E13-2021</b><br>DIA <b>05</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                         |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP SA ( X ) NA (    )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA (    )</b>                                                                                                                            |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25301</b><br><b>MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                       | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17 CONMUTADOR |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>05</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM03PR                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 8338<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>5535636425</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                   |                                                                                                                                                                       |                                                                         |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                                               | CLAVE CUCOP | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13011084 | COLISTIMETATO. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA FRASCO ÁMPULA CON LIOFILIZADO CONTIENE: COLISTIMETATO SÓDICO EQUIVALENTE A 150 MG DE COLISTIMETATO ENVASE CON UN FRASCO ÁMPULA CON LIOFILIZADO. | 25302480    | 40.00  | 99.00           | ENVASE | 1,189.66        | 47,586.40                     | 117,776.34                    |

Cantidad Solicitada:

**CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA DEL 05 DE FEBRERO AL 31 DE MARZO DE 2021, POR SOSTENIMIENTO DE PRECIOS DERIVADO DEL CONTRATO RM-AF-0199/20.**

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b><br>Fecha Mínima:<br>Fecha Máxima: |
|--------------------------------------------------------------|

(Ciento Diecisiete Mil Setecientos Setenta y seis Pesos 34/100 M.N.)

| MINIMOS          |              | MAXIMOS          |               |
|------------------|--------------|------------------|---------------|
| Importe:         | \$ 47,586.40 | Importe:         | \$ 117,776.34 |
| Descuento:       | \$ 0.00      | Descuento:       | \$ 0.00       |
| SubTotal:        | \$ 47,586.40 | SubTotal:        | \$ 117,776.34 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00      | Otros Impuestos: | \$ 0.00       |
| Sub Total 2:     | \$ 47,586.40 | Sub Total 2:     | \$ 117,776.34 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00      | Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00       |
| Total:           | \$ 47,586.40 | Total:           | \$ 117,776.34 |

|                               |                                 |                                            |                           |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)    | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL |
| JOEL JHOVANY ALVARADO CABRERA | LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ               | DR. JAIME NIETO ZERMEÑO   |

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

**COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS**