

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|  <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>KARLAN, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>MIGUEL LAURENT N°1603</b><br><b>PORTALES, ALC. PORTALES</b><br><b>03300</b><br><b>CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>KAR-920819-CT1</b><br><b>ARA@KARLAN.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>003014</b>                                                                                                                                                                            | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                   | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>   |
| DIA <b>20</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>27,169                                                                                                                                                                     | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/234/2020,</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL</b><br><b>ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b> |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0191/20</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002320-</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> |                                                                                                                                                            |                                          |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP SA ( X ) NA (    )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA (    )</b>                                                                                                                            |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>ARACELI DE LA VEGA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 301<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>30-95-31-15 AL 24</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                    |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                         | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E91-2020</b><br><br>DIA                      MES                      AÑO                           |                                          |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>20</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM03PR                                                                                                                                                                                                               |  | 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 CUCOP | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | M.N. MAXIMO |
|----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------|
| 001                  | 13071433 | GEL ALCOHOL ANTISEPTICO PARA MANOS SIN FRAGANCIA NI COLORANTES FORMULADO CON 70%ALCOHOL ETILICO (100%NATURAL) EMPAQUE EN BOTELLA DE 354ML                       | 25400603    | 560.00 | 1,400.00        | PIEZA  | 130.00          | 72,800.00                     | 182,000.00  |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                 |             |        |                 |        |                 |                               |             |
| 002                  | 13071439 | GEL ALCOHOL ANTISEPTICO PARA MANOS SIN FRAGANCIA NI COLORANTES FORMULADO CON 70%ALCOHOL ETILICO (100%NATURAL) PH ENTRE 6.5 Y 8.5. EMPAQUE EN BOTELLA DE 700 ML. | 25400603    | 480.00 | 1,200.00        | PIEZA  | 184.50          | 88,560.00                     | 221,400.00  |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                 |             |        |                 |        |                 |                               |             |
| 003                  | 13071443 | GEL ALCOHOL ANTISEPTICO PARA MANOS SIN FRAGANCIA NI COLORANTES FORMULADO CON 70%ALCOHOL ETILICO, (100%NATURAL) EMPAQUE EN BOLSA SELLADA Y DESECHABLE DE 1000ML  | 25400603    | 340.00 | 850.00          | PIEZA  | 150.00          | 51,000.00                     | 127,500.00  |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                 |             |        |                 |        |                 |                               |             |

**NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 20-04-2020 AL 30-07-2020.**

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

(Seiscientos Quince Mil Ochocientos Cuarenta y cuatro Pesos 00/100 M.N.)

|                  | MINIMOS       | MAXIMOS                      |
|------------------|---------------|------------------------------|
| Importe:         | \$ 212,360.00 | Importe: \$ 530,900.00       |
| Descuento:       | \$ 0.00       | Descuento: \$ 0.00           |
| SubTotal:        | \$ 212,360.00 | SubTotal: \$ 530,900.00      |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00       | Otros Impuestos: \$ 0.00     |
| Sub Total 2:     | \$ 212,360.00 | Sub Total 2: \$ 530,900.00   |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 33,977.60  | Impuesto I.V.A: \$ 84,944.00 |
| Total:           | \$ 246,337.60 | Total: \$ 615,844.00         |

|                                                                   |                                                                  |                                                                                                   |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)<br><br><b>ADRIANA MALDONADO POPOCA</b> | JEFE DEL DEPARTAMENTO<br><br><b>L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ</b> | Vo. Bo. ENC. DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES<br><br><b>L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ</b> | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL<br><br><b>DR. JAIME NIETO ZERMEÑO</b> |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <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>KARLAN, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>MIGUEL LAURENT N°1603</b><br><b>PORTALES, ALC. PORTALES</b><br><b>03300</b><br><b>CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>KAR-920819-CT1</b><br><b>ARA@KARLAN.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>003014</b>                                                                                                                                                                            | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                   | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                           |
| DIA <b>20</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>27,169                                                                                                                                                                     | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/234/2020,</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL</b><br><b>ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                                                                         |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0191/20</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002320-</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> |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP      SA ( <b>X</b> )      NA (    )</b><br><b>ART. 48 LAASSP      SA ( <b>X</b> )      NA (    )</b>                                                                                          |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>ARACELI DE LA VEGA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    301<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>30-95-31-15 AL 24</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                 |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                         |                                                                                                                                                            | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E91-2020</b><br><br>DIA                      MES                      AÑO |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>20</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM03PR                                                                                                                                                                                                               |  | 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 CUCOP | CANTIDAD MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|--------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
|---------|--------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|

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

**PROVEEDOR**