

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  <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>LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A DE C.V.</b><br><b>AUTOPISTA MÉXICO-QUERETARO KM. 37.5</b><br><b>PARQUE INDUSTRIAL CUAMATLA</b><br><b>54730</b><br><b>CUAUTITLAN IZCALLI, EDO DE MX</b><br><b>LBR990311Q29</b><br><b>JKOCHA@BIRMEX.GOB.MX</b> |  | NUMERO<br><b>001611</b>                                                                                                                                                                        | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                        | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                     |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>68742                                                                                                                                                                  | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/315/2021,</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS FISCALES DE ACUERDO</b><br><b>CON EL ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                   |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0230/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUIRENTE<br><b>-002270-</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>1</b><br><b>ART. 1RO DE LA L.A.A.S.S.P.</b> |                                                                                                                                                                 |                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>JOSÉ IGNACIO KOCH ANDRADE</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><br>DIA        MES        AÑO                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |                                                                            |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP        SA ( <b>X</b> )        NA (    )</b><br><br><b>ART. 48 LAASSP        SA ( <b>X</b> )        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>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    34389<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>5558642700, 5554222860</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     | 13011021 | DEXMEDETOMIDINA SOLUCIÓN INYECTABLE. CADA FRASCO ÁMPULA CONTIENE: CLORHIDRATO DE DEXMEDETOMIDINA 200 µg ENVASE CON 5 FRASCO ÁMPULA             | 25302522    | 96.00  | 240.00          | ENVASE  | 3,562.35        | 341,985.60                    | 854,964.00                    |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                           |             |        |                 |         |                 |                               |                               |
| 002     | 13011137 | ENOXAPARINA. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA JERINGA CONTIENE: ENOXAPARINA SÓDICA 20 MG ENVASE CON 1 JERINGA. CON DISPOSITIVO DE SEGURIDAD DE 0.2 ML. | 25302560    | 960.00 | 2,400.00        | JERINGA | 128.60          | 123,456.00                    | 308,640.00                    |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                           |             |        |                 |         |                 |                               |                               |
| 003     | 13017778 | ENOXAPARINA. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA JERINGA CONTIENE: ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG ENVASE CON 10 JERINGAS. DE 0.4 ML.                            | 25302561    | 64.00  | 160.00          | ENVASE  | 2,028.00        | 129,792.00                    | 324,480.00                    |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                           |             |        |                 |         |                 |                               |                               |
| 004     | 13017781 | ENOXAPARINA. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA JERINGA CONTIENE ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG ENVASE CON 10 JERINGAS. DE 0.6 ML.                             | 25300798    | 44.00  | 110.00          | ENVASE  | 2,997.50        | 131,890.00                    | 329,725.00                    |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                           |             |        |                 |         |                 |                               |                               |

NOTA: CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA DEL 19 DE MAYO AL 30 DE JUNIO DE 2021, ESTA ADJUDICACIÓN SE REALIZA PARA ATENDER LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL VIRUS SARS-CoV2 (COVID-19).

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

|                  | MINIMOS       | MAXIMOS                      |
|------------------|---------------|------------------------------|
| Importe:         | \$ 727,123.60 | Importe: \$ 1,817,809.00     |
| Descuento:       | \$ 0.00       | Descuento: \$ 0.00           |
| SubTotal:        | \$ 727,123.60 | SubTotal: \$ 1,817,809.00    |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00       | Otros Impuestos: \$ 0.00     |
| Sub Total 2:     | \$ 727,123.60 | Sub Total 2: \$ 1,817,809.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00       | Impuesto I.V.A: \$ 0.00      |
| Total:           | \$ 727,123.60 | Total: \$ 1,817,809.00       |

(un Millon Ochocientos Diecisiete Mil Ochocientos nueve Pesos 00/100 M.N.)

|                            |                       |                                            |                           |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|---------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|  <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>LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A DE C.V.</b><br><b>AUTOPISTA MÉXICO-QUERETARO KM. 37.5</b><br><b>PARQUE INDUSTRIAL CUAMATLA</b><br><b>54730</b><br><b>CUAUTITLAN IZCALLI, EDO DE MX</b><br><b>LBR990311Q29</b><br><b>JKOCHA@BIRMEX.GOB.MX</b> |  | NUMERO<br><b>001611</b>                                                                                                                                                                        | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                        | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>   |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>68742                                                                                                                                                                  | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/315/2021,</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS FISCALES DE ACUERDO</b><br><b>CON EL ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b> |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0230/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002270-</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>1</b><br><b>ART. 1RO DE LA L.A.A.S.S.P.</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>JOSÉ IGNACIO KOCH ANDRADE</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 34389<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>5558642700, 5554222860</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><br>DIA                      MES                      AÑO                                                              |                                          |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 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 |
|-------------------------------|--------|---------------------------------|-------------|------------------------------|-----------------|--------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 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