

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  <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>FARMACEUTICOS MAYPO, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>CALZADA VIADUCTO TLALPAN NO. 3222</b><br><b>VIEJO EJIDO DE SANTA ÚRSULA COAPA</b><br><b>04980</b><br><b>CIUDAD DE MEXICO</b><br><b>FMA-930118-1B1</b><br><b>URIEL.HUERTA@MAYPO.COM</b> |  | NUMERO<br><b>001121</b>                                                                                                                                                                  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                              | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                     |
| DIA <b>02</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>16,104                                                                                                                                                           | OBSERVACIONES:<br><br>Autorizado mediante oficio número<br><b>5430/367/21</b> , con cargo a recursos fiscales,<br>de conformidad con el Art. 51 de la<br>L.A.A.S.S.P. | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                     |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0264/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002310-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (    X    )                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                       | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                        |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><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>42</b><br><b>ADJUDICACION DIRECTA</b> |                                                                                                                                                                       |                                                                            |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>URIEL MANUEL HUERTA ROJAS</b>                                                                                                                                                                     |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E268-2021</b><br>DIA <b>02</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2021</b>                                                                      |                                                                                                                                                                       |                                                                            |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP</b> SA (    )    NA ( X )<br><b>ART. 48 LAASSP</b> SA (    )    NA ( X )                                                                                                                      |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       | 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>02</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AD01                                                                                                                                                                                                                                                       |  | TELEFONO Y FAX: <b>50-00-10-50 / FAX 50-00-10-51</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                       |                                                                            |
| FECHA:<br>DIA    MES    AÑO                                                                                                                                                                                                            |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25301</b><br><b>MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                       |                                                                            |

| 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 |
|---------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13017797 | TERIPARATIDA. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA MILILITRO CONTIENE: TERIPARATIDA 250G ENVASE CON PLUMA CON CARTUCHO ENSAMBLADO DE 2.4 ML. | 25303056    | 0.00            | 3.00            | ENVASE | 4,535.56        | 0.00                          | 13,606.68                     |
|         |          | Cantidad Solicitada: <b>3</b>                                                                                                    |             |                 |                 |        |                 |                               |                               |

**CONTRATO CERRADO CON VIGENCIA DEL 02 AL 14 DE JUNIO DE 2021**

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b> |                 |
| Fecha Mínima:              | <b>02-06-21</b> |
| Fecha Máxima:              | <b>14-06-21</b> |

|                  |    | MINIMOS | MAXIMOS                   |
|------------------|----|---------|---------------------------|
| Importe:         | \$ | 0.00    | Importe: \$ 13,606.68     |
| Descuento:       | \$ | 0.00    | Descuento: \$ 0.00        |
| SubTotal:        | \$ | 0.00    | SubTotal: \$ 13,606.68    |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00    | Otros Impuestos: \$ 0.00  |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00    | Sub Total 2: \$ 13,606.68 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00    | Impuesto I.V.A: \$ 0.00   |
| Total:           | \$ | 0.00    | Total: \$ 13,606.68       |

(Trece Mil Seiscientos seis Pesos 68/100 M.N.)

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

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

**COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS**