

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <div>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO<br/>FEDERICO GÓMEZ<br/>DR. MARQUEZ No. 162<br/>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO<br/>HIM871203BS0</div> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br>ABALAT, S.A. DE C.V.<br><br>CALLE SAN MARCOS N° 130<br>COL. TLALPAN CENTRO<br>14000<br>CIUDAD DE MEXICO, ALC. TLALPAN<br>ABA-040721-TS9<br>CDELUNA@ABALAT.COM.MX |  | NUMERO<br><b>000061</b><br><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>116,398<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( X )<br>NO ( ) |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                    |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                               |  |
| DIA <b>01</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2023</b>                                                                                                                                                                        |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                   |  | OBSERVACIONES:<br><br>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO NÚMERO<br>5430/031/2023, CON CARGO A RECURSOS<br>FISCALES, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 51 DE LA<br>L.A.A.S.S.P. |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                                             |  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0437/23</b>                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br>-002521-                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                                                |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                               |  | SESION COMITE No.<br>2DA SESIÓN ORDINARIA<br>FECHA<br>24/02/2023                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>41-I</b><br>NO EXISTAN BIENES O SERVICIOS ALTERNA |  |
|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><br>DIA      MES      AÑO                                                                                                                                   |  |
| <div>CONTRATO</div> <div>ART. 47 LAASSP      SA ( X )      NA ( )</div> <div>ART. 48 LAASSP      SA ( X )      NA ( )</div>                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                   |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS                                                         |  | 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>01</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2023</b>                                                                                                         |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM01                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
| FIRMA:                                                                                                                                                                                                             |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
| NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    118,481                                                                                                                                                                               |  | TELEFONO Y FAX: <b>8000-1500 /FAX 8000-1547</b>                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
| 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                  | 13070002 | EQUIPOS DESECHABLE DE UN SOLO ACCESO (UNIPUNCION), CON ACD COMO ANTICOAGULANTE, CON CAPACIDAD PARA LA OBTENCION DE CONCENTRADO PLAQUETARIO LEUCORREDUCIDO UNICO Y DOBLE Y PLASMA LEUCORREDUCIDO                                                                                   | 25400060    | 435.00 | 1,086.00        | PIEZA  | 4,066.00        | 1,768,710.00                  | 4,415,676.00                  |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |        |                 |        |                 |                               |                               |
| 002                  | 13070710 | EQUIPOS DESECHABLE DE DOBLE ACCESO Y UNIPUNCION, PARA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, CON SOLUCION FISIOLOGICA Y ACD COMO ANTICOAGULANTE, DEBE TENER CAPACIDAD DE OBTENER CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS, RECOLECCION DE GRANULOCITOS, LEUCOFERESIS, Y RECAMBIO ERITROCITARIO. | 25400060    | 108.00 | 270.00          | PIEZA  | 4,066.00        | 439,128.00                    | 1,097,820.00                  |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |        |                 |        |                 |                               |                               |

NOTA: CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA A PARTIR DEL 01 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023, CON PRESUPUESTO AUTORIZADO DEL 40% DEL MONTO MÁXIMO, EN LO ENTENDIDO DE QUE EN CASO DE AGOTARSE Y SI PERSISTE LA NECESIDAD, EL ADMINISTRADOR (A) DEL CONTRATO SOLICITARÁ EL PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO, ESTANDO PARA ELLO SUJETO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO. DERIVADO DE LA SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS LLEVADA A CABO DEL 24 DE FEBRERO DE 2023 Y CON FUNDAMENTO LEGAL 41-I DE LA L.A.A.S.S.P.

|                     |  |
|---------------------|--|
| FECHAS DE ENTREGA : |  |
| Fecha Mínima:       |  |
| Fecha Máxima:       |  |

|                  | MINIMOS         | MAXIMOS                       |
|------------------|-----------------|-------------------------------|
| Importe:         | \$ 2,207,838.00 | Importe: \$ 5,513,496.00      |
| Descuento:       | \$ 0.00         | Descuento: \$ 0.00            |
| SubTotal:        | \$ 2,207,838.00 | SubTotal: \$ 5,513,496.00     |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00         | Otros Impuestos: \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 2,207,838.00 | Sub Total 2: \$ 5,513,496.00  |
| Impuesto I.V.A.: | \$ 353,254.08   | Impuesto I.V.A: \$ 882,159.36 |
| Total:           | \$ 2,561,092.08 | Total: \$ 6,395,655.36        |

(seis Millones Trescientos Noventa y cinco Mil Seiscientos Cincuenta y cinco Pesos 36/100 M.N.)

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

PROVEEDOR