

 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ DR. MARQUEZ No. 162 C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO HIM871203BS0		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C. PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) BIOCARE MEDICAL REPRESENTANTE, S.A. DE C.V. AV. PROL. DIVISION DEL NORTE 4274-204 COL. NUEVA OTAL. COAPA 14350 TLALPAN, CIUDAD DE MEXICO BMR151026IU1 MCBIOCAREMEXICO@GMAIL.COM		NUMERO 000833	LUGAR DE ENTREGA 13 ALMACEN DE FARMACIA	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA
DIA 01 MES 10 AÑO 2020		HOJA No. 1 DE 1		ACTA CONSTITUTIVA 70,090	OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO NO. 5430/404/2020, CON CARGO A RECURSOS PROPIOS, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 51 DE LA L.A.A.S.S.P.	CONDICIONES DE ENTREGA PARCIAL
NO. CONTRATO RM-AF-0596/20		AREA REQUERENTE -002530-		LICENCIA O PERMISO SI () NO (X)		CONDICIONES DE PAGO PARCIAL
REQUISICION No. -		SESION COMITE No. FECHA		PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP). 26-I LICITACIÓN PUBLICA		
CONTRATO ART. 47 LAASSP SA (X) NA () ART. 48 LAASSP SA (X) NA ()		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL MARCO ANTONIO CUBILLAS PUNARO FIRMA: CARGO: NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 70090 TELEFONO Y FAX: 56-77-95-11 FECHA: DIA MES AÑO		NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO LA012NBG003E231-2020 DIA 01 MES 10 AÑO 2020		
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 01 MES 10 AÑO 2020		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM03PR		PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE) 25101 PRODUCTOS QUÍMICOS BÁSICOS		TELEFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 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	PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO
001	13020928	MACH 1 UNIV. HRP KIT 110 ML. MCA: BIOCARE MEDICAL CAT: M1U539L10 Cantidad Solicitada:	25100037	2.00	3.00	KIT	43,767.44	87,534.88	131,302.32
002	13026689	MIELOPEROXIDASA 6 ML, I.V.D. (IN VITRO DIAGNOSTIC) Cantidad Solicitada:	25100037	1.00	1.00	FRASCO	8,317.20	8,317.20	8,317.20
003	13026692	PROTEINA ACIDA GLIAL FIBRILAR 1 ML I.V.D. (IN VITRO DIAGNOSTIC) Cantidad Solicitada:	25100037	1.00	1.00	FRASCO	14,063.39	14,063.39	14,063.39
004	13026710	VIMENTINA ANTICUERPO MONO CLONAL 6 ML Cantidad Solicitada:	25100037	1.00	2.00	FRASCO	9,125.33	9,125.33	18,250.66

CONTRATO CON VIGENCIA DEL 01 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

FECHAS DE ENTREGA : Fecha Mínima: Fecha Máxima:

(Ciento Noventa y nueve Mil Cuatrocientos Cuarenta y dos Pesos 94/100 M.N.)

	MINIMOS	MAXIMOS
Importe:	\$ 119,040.80	\$ 171,933.57
Descuento:	\$ 0.00	\$ 0.00
SubTotal:	\$ 119,040.80	\$ 171,933.57
Otros Impuestos:	\$ 0.00	\$ 0.00
Sub Total 2:	\$ 119,040.80	\$ 171,933.57
Impuesto I.V.A:	\$ 19,046.53	\$ 27,509.37
Total:	\$ 138,087.33	\$ 199,442.94

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)	JEFE DEL DEPARTAMENTO	Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES	AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL
ADRIANA MALDONADO POPOCA	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

PROVEEDOR