

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <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>ONCOMEDIC DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS S.A.</b><br><b>DE C.V.</b><br><b>15 MZ. 27 LT. 302</b><br><b>SECCION XVI DELEG. TLALPAN</b><br><b>14080</b><br><b>MEXICO D.F.</b><br><b>ODM060511TT5</b><br><b>RRAMIREZ@ONCOMEDICMEXICO.COM</b> |  | NUMERO<br><b>001905</b>                                                                                                                                                                  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                       | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b> |
| DIA <b>08</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>4,772                                                                                                                                                            | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO No.</b><br><b>5430/562/2020, CON CARGO A RECURSOS PROPIOS</b><br><b>DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b> |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0633/20</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-02250-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>    |
| REQUISICION No.<br><b>-REQ: 000712-</b>                                                                                                                                                                                                |  | 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>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> |                                                                                                                                                                |                                        |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP SA (    ) NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA (    ) NA ( X )</b>                                                                                                                            |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>RICARDO RAMIREZ ROMERO</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 4,772<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>56-50-09-49 Y 55-67-92-04-52</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><b>AA012NBG003E325-2020</b><br><br>DIA <b>08</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2020</b>                                        |                                        |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>08</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM04PR                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 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 |
|---------|----------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13041478 | CISTEAMINA 150 MG         | 25303290    | 0.00            | 600.00          | CAPSULA | 235.00          | 0.00                          | 141,000.00                    |
|         |          | Cantidad Solicitada:      | 600         |                 |                 |         |                 |                               |                               |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 08 AL 16 DE OCTUBRE DE 2020

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 08-10-20 |
| Fecha Máxima:       | 16-10-20 |

(Ciento Cuarenta y un Mil Pesos 00/100 M.N.)

| MINIMOS          |         | MAXIMOS          |               |
|------------------|---------|------------------|---------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe:         | \$ 141,000.00 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento:       | \$ 0.00       |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal:        | \$ 141,000.00 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: | \$ 0.00       |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2:     | \$ 141,000.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00       |
| Total:           | \$ 0.00 | Total:           | \$ 141,000.00 |

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