

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>GRUPO UNIMEDICAL SOLUCIONES, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>003150</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA                                                                                                                                                                                                                                            |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                          |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>03</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                        |  | AV. SAN JERONIMO 502<br><b>SAN JERONIMO</b><br><b>64640</b><br><b>MONTERREY, NUEVO LEON.</b><br><b>GUS060712I53</b><br><b>ALEJANDRA.CANO@GRUPOUNIMEDICAL.COM</b>                                                                                                                           |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( X )                                                       |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Autorizado mediante oficio 5430/617/2021,</b><br><b>con cargo a recursos fiscales, de</b><br><b>conformidad con el Art. 51 de la</b><br><b>L.A.A.S.S.P.</b>     |  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0637/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002220-</b>                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                   |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br>FECHA                                                                                                              |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>ALEJANDRA CANO BECERRA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>(81)81430100, (81)81430697, 5581711788</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO |  |                                                                                                   |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP      SA ( )      NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP      SA ( )      NA ( X )</b>                                                                                                              |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                   |  | 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> |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>03</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 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>AA012NBG003E491-2021</b><br><br>DIA <b>03</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2021</b>                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                   |  | 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     | 13010651 | VACUNA CONTRA LA HEPATITIS "A" SOLUCION INYECTABLE O SUSPENSION INYECTABLE LA DOSIS DE 0.5 ML. CONTIENE: ANTIGENO DEL VIRUS DE HEPATITIS "A" (CEPA RG-SB) AL MENOS 500 U RIA ENVASE CON UNA AMPOLLETA CON UNA DOSIS (0.5ML) O SUSPENSION INYECTABLE CADA DOSIS DE 0.5 ML. CONTIENE: ANTIGENO VIRAL HEPATITIS CEPA HM175, 720 U ELISA (PEDIATRICA).<br>CLAVE 020.00.3825.00 | 25302168    | 0.00            | 100.00          | FRASCO AM | 168.58          | 0.00                          | 16,858.00                     |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 100         |                 |                 |           |                 |                               |                               |

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CONTRATO CERRADO CON VIGENCIA DEL 03 AL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021</b>               |  |
| FECHAS DE ENTREGA :<br>Fecha Mínima: <b>03-09-21</b><br>Fecha Máxima: <b>17-09-21</b> |  |

|                  | MINIMOS | MAXIMOS                   |
|------------------|---------|---------------------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe: \$ 16,858.00     |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento: \$ 0.00        |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal: \$ 16,858.00    |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: \$ 0.00  |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2: \$ 16,858.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A: \$ 0.00   |
| Total:           | \$ 0.00 | Total: \$ 16,858.00       |

(Dieciseis Mil Ochocientos Cincuenta y ocho Pesos 00/100 M.N.)

|                               |                                 |                                            |                                     |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)    | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN |
| JOEL JHOVANY ALVARADO CABRERA | LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ               | C.P. CIPRIANO SOLIS BADILLO         |

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

**COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS**