

 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) PROQUIGAMA, S.A. DE C.V. SAN ESTEBAN NUMERO 107 SANTO TOMAS 02020 ALC. AZACAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO PRO-820519-TM6 CARLOS.HERRERA@PROQUIGAMA.COM.MX		NUMERO 002045 ACTA CONSTITUTIVA 21497 LICENCIA O PERMISO SI () NO (X)	LUGAR DE ENTREGA 13 ALMACEN DE FARMACIA	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA
DIA 19 MES 10 AÑO 2020		HOJA No. 1 DE 2		OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/520/2020, CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA LAASSP.		CONDICIONES DE ENTREGA PARCIAL
NO. CONTRATO RM-AF-0684/20		AREA REQUERENTE -002250-				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
						NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO LA012NBG003E272-2020 DIA 19 MES 10 AÑO 2020
CONTRATO ART. 47 LAASSP SA (X) NA () ART. 48 LAASSP SA (X) NA ()		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL CARLOS HERRERA ROMERO FIRMA: CARGO: NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 41432 TELÉFONO Y FAX: 551166-1535 / 551166-1530 FECHA: DIA MES AÑO		PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE) 25301 MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		TELÉFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 52 28 99 17 CONMUTADOR
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 19 MES 10 AÑO 2020		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM04PR				

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	MINIMA	CANTIDAD MAXIMA	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL MINIMO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO
001	13010340	HEPARINA SOLUCION INYECTABLE CADA FRASCO CONTIENE 10,000 UI DE HEPARINA EN AMPULA DE 10 ML Cantidad Solicitada:	25301103	20.00	48.00	CAJA	2,100.00	42,000.00	100,800.00
002	13010440	MILRINONA. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE LACTATO DE MILRINONA EQUIVALENTE A 10 MG DE MILRINONA Cantidad Solicitada:	25301493	86.00	215.00	CAJA	2,090.00	179,740.00	449,350.00
003	13041531	LACOSAMIDA TABLETAS DE 50 MG Cantidad Solicitada:	25302282	23.00	56.00	CAJA	147.55	3,393.65	8,262.80
004	13042074	EMTRICITABINA TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO TABLETA RECUBIERTA CADA TABLETA CONTIENE EMTRICITABINA 200 MG TENOFOVIR 300 MG Cantidad Solicitada:	25302282	2.00	4.00	CAJA	1,200.00	2,400.00	4,800.00

CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA DEL 19 DE OCTUBRE DEL 2020 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020, CON UN PRESUPUESTO AUTORIZADO MENOR AL MONTO MAXIMO PERO SUPERIOR AL MONTO MINIMO, EN EL ENTENDIDO DE QUE EN CASO DE OTORGARSE, Y SI PERSISTE LA NECESIDAD, EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO SOLICITARA EL PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO, ESTANDO PARA ELLO SUJETO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO.

FECHAS DE ENTREGA :
Fecha Mínima:
Fecha Máxima:

	MINIMOS	MAXIMOS
Importe:	\$ 227,533.65	Importe: \$ 563,212.80
Descuento:	\$ 0.00	Descuento: \$ 0.00
SubTotal:	\$ 227,533.65	SubTotal: \$ 563,212.80
Otros Impuestos:	\$ 0.00	Otros Impuestos: \$ 0.00
Sub Total 2:	\$ 227,533.65	Sub Total 2: \$ 563,212.80
Impuesto I.V.A:	\$ 0.00	Impuesto I.V.A: \$ 0.00
Total:	\$ 227,533.65	Total: \$ 563,212.80

(Quinientos Sesenta y tres Mil Doscientos Doce Pesos 80/100 M.N.)

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

 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) PROQUIGAMA, S.A. DE C.V. SAN ESTEBAN NUMERO 107 SANTO TOMAS 02020 ALC. AZACAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO PRO-820519-TM6 CARLOS.HERRERA@PROQUIGAMA.COM.MX		NUMERO 002045	LUGAR DE ENTREGA 13 ALMACEN DE FARMACIA	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA
DIA 19 MES 10 AÑO 2020		HOJA No. 2 DE 2		ACTA CONSTITUTIVA 21497	OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/520/2020, CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA LAASSP.	CONDICIONES DE ENTREGA PARCIAL
NO. CONTRATO RM-AF-0684/20		AREA REQUIRIENTE -002250-		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 CARLOS HERRERA ROMERO FIRMA: CARGO: NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 41432 TELEFONO Y FAX: 551166-1535 / 551166-1530 FECHA: DIA MES AÑO		NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO LA012NBG003E272-2020 DIA 19 MES 10 AÑO 2020		
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 19 MES 10 AÑO 2020		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM04PR		PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE) 25301 MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		TELEFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 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
---------	--------	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------	--------	-----------------	-------------------------------	-------------------------------

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

COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS