

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>LOBO FARMACEUTICA, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>000592</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>20880                                                                                                                                                                                                                                        |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                      |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>13</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                              |  | GABRIEL MANCERA NO. 761<br><b>DEL VALLE</b><br><b>03100</b><br><b>DELEG. BENITO JUAREZ, D.F.</b><br><b>LFA-011002-1A1</b><br><b>LOBOFARMACEUTICA@HOTMAIL.COM</b>                                                                                                                                |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Autorizado mediante oficio número 5430/511/2021, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b> |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0686/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-005230-</b>                                                                                            |  | LICENCIA O PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( X )                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                               |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br>FECHA                                                                                                    |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>QFB JOSÉ LUIS LÓPEZ GONZÁLEZ</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>56-04-76-91 FAX. 56-88-08-66 EXT. 120</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO |  |                                                                                                                                                               |  | 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> |  |
| CONTRATO<br><br><b>ART. 47 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b>                                                                                                                                         |  | FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>13</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>AA012NBG003E490-2021</b><br><br>DIA <b>13</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 |          | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. |           |
|----------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----------|--------|-----------------|------------------------|-----------|
|                      |          |                                                                                                                                                                                                       |             | MINIMA   | MAXIMA   |        |                 | MINIMO                 | MAXIMO    |
| 001                  | 13011134 | ONDANSETRÓN. SOLUCIÓN INYECTABLE CADA AMPOLLETA O FRASCO AMPULA CONTIENE: CLORHIDRATO DIHIDRATADO DE ONDANSETRÓN EQUIVALENTE A 8 MG DE ONDANSETRÓN ENVASE CON 3 AMPOLLETAS O FRASCOS ÁMPULA CON 4 ML. | 25301632    | 0.00     | 1,333.00 | CAJA   | 67.60           | 0.00                   | 90,110.80 |
| Cantidad Solicitada: |          | 1333                                                                                                                                                                                                  |             |          |          |        |                 |                        |           |

CONTRATO CERRADO CON VIGENCIA DEL 13 AL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021.

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 13-09-21 |
| Fecha Máxima:       | 17-09-21 |

(Noventa Mil Ciento Diez Pesos 80/100 M.N.)

| MINIMOS          |    |      | MAXIMOS          |    |           |
|------------------|----|------|------------------|----|-----------|
| Importe:         | \$ | 0.00 | Importe:         | \$ | 90,110.80 |
| Descuento:       | \$ | 0.00 | Descuento:       | \$ | 0.00      |
| SubTotal:        | \$ | 0.00 | SubTotal:        | \$ | 90,110.80 |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00 | Otros Impuestos: | \$ | 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00 | Sub Total 2:     | \$ | 90,110.80 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00      |
| Total:           | \$ | 0.00 | Total:           | \$ | 90,110.80 |

|                               |                                 |                                            |                                     |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| 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