

 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) LABORATORIOS LICON, S. A. CAMINO ANTIGUO A STA. MÓNICA N°. 7 JARDINES DE SANTA MÓNICA 54050 TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO LLI-821221-D72 GUILLERMINA.CASTILLO@LICON.COM.MX		NUMERO 001647 ACTA CONSTITUTIVA 67911 LICENCIA O PERMISO SI () NO (X)	LUGAR DE ENTREGA 15 ALMACEN DE MANTENIMIENTO OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE EL NUMERO DE OFICIO NÚMERO 5430/724/2020, CON CARGO A RECURSOS PROPIOS, DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA L.A.A.S.S.P.	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA CONDICIONES DE ENTREGA TOTAL CONDICIONES DE PAGO TOTAL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP). 52 AMPLIACION EN MONTO POR UN 20 % NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO LA012NBG003-E46-2020 DIA MES AÑO TELEFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 52 28 99 17 CONMUTADOR	
DIA 01 MES 01 AÑO 2021	HOJA No. 1 DE 2	REQUISICION No. -		SESION COMITE No. FECHA		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL GUILLERMINA CASTILLO RESENDIZ FIRMA: CARGO: NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 48368 TELÉFONO Y FAX: 5362-0299; FAX 5362-1792 FECHA: DIA MES AÑO	
NO. CONTRATO RM-MT-0031/21		AREA REQUERENTE -002521-		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 01 MES 01 AÑO 2021		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AD01PR	

CONTRATO

ART. 47 LAASSP SA (X) NA ()

ART. 48 LAASSP SA (X) NA ()

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	CANTIDAD		UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N.	
				MINIMA	MAXIMA			MINIMO	MAXIMO
001	90990138	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO ABO, RH Y GRUPO SERICO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 2400.000	25100037	960.00	2,400.00	PRUEBA	78.76	75,609.60	189,024.00
002	90990139	DETERMINACION PARA CONFIRMATO- RIA DE ABO Y RH. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 1950.000	25100037	780.00	1,950.00	PRUEBA	42.07	32,814.60	82,036.50
003	90990140	DETERMINACION DE COMPATIBILIDAD SANGUINEA MAYOR Y MENOR RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y COOMBS DIRECTO. MARCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 2100.000	25100037	840.00	2,100.00	PRUEBA	66.26	55,658.40	139,146.00
004	90990141	DETERMINACION DE GRUPO ABO, RH EN NEONATOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES HEMOLITICAS DEL RECIEN NACIDO. MARCA GRIFOLS PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 105.000	25100037	42.00	105.00	PRUEBA	106.23	4,461.66	11,154.15
005	90990142	DETERMINACIÓN DE COOMBS MONOESPECIFICO (IGG Y C3D, C3D), ESPECIAL PARA PACIENTES CON PROBLEMAS INMUNOHEMATOLOGICOS (EN TARJETA DE GEL). MCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 108.000	25100037	43.20	108.00	PRUEBA	145.16	6,270.91	15,677.28
006	90990253	DETERMINACION PARA EL RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (EN TARJETA DE GEL) Cantidad Solicitada: 1650.000	25100037	660.00	1,650.00	PRUEBA	73.67	48,622.20	121,555.50
007	90995214	DETERMINACION DE FENOTIPO DE GRUPOS RH NEGATIVO MAS KELL EN TARJETA DE GEL Cantidad Solicitada: 300.000	25100037	120.00	300.00	PRUEBA	183.51	22,021.20	55,053.00

ESTE CONTRATO SE ELABORA POR CONCEPTO DE INCREMENTO HASTA POR UN 20% DEL MONTO ORIGINALMENTE CONTRATADO Y QUE SE ENCUENTRA VINCULADO CON EL CONTRATO RM-MT-0156/20, CON UNA VIGENCIA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DEL 2021, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD AL ART. 52 DE L.A.A.S.S.P.

FECHAS DE ENTREGA :	
Fecha Mínima:	01-01-21
Fecha Máxima:	31-03-21

MINIMOS				MAXIMOS			
Importe:	\$	245,458.57		Importe:	\$	613,646.43	
Descuento:	\$	0.00		Descuento:	\$	0.00	
SubTotal:	\$	245,458.57		SubTotal:	\$	613,646.43	
Otros Impuestos:	\$	0.00		Otros Impuestos:	\$	0.00	
Sub Total 2:	\$	245,458.57		Sub Total 2:	\$	613,646.43	
Impuesto I.V.A:	\$	39,273.37		Impuesto I.V.A:	\$	98,183.43	
Total:	\$	284,731.94		Total:	\$	711,829.86	

(Setecientos Once Mil Ochocientos Veintinueve Pesos 86/100 M.N.)

