

 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ DR. MARQUEZ No. 162 C.P. 06720 CIUDAD DE MÉXICO HIM871203BS0		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C., PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) ABALAT, S.A. DE C.V. ABASOLO N° - 78 PUEBLO DE SANTA URSULA COAPA 04650 CIUDAD DE MÉXICO DELG. COYOACAN ABA-040721-TS9 CDELUNA@ABALAT.COM.MX		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C., PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) ABALAT, S.A. DE C.V. ABASOLO N° - 78 PUEBLO DE SANTA URSULA COAPA 04650 CIUDAD DE MÉXICO DELG. COYOACAN ABA-040721-TS9 CDELUNA@ABALAT.COM.MX		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C., PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) ABALAT, S.A. DE C.V. ABASOLO N° - 78 PUEBLO DE SANTA URSULA COAPA 04650 CIUDAD DE MÉXICO DELG. COYOACAN ABA-040721-TS9 CDELUNA@ABALAT.COM.MX		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C., PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) ABALAT, S.A. DE C.V. ABASOLO N° - 78 PUEBLO DE SANTA URSULA COAPA 04650 CIUDAD DE MÉXICO DELG. COYOACAN ABA-040721-TS9 CDELUNA@ABALAT.COM.MX		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C., PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO) ABALAT, S.A. DE C.V. ABASOLO N° - 78 PUEBLO DE SANTA URSULA COAPA 04650 CIUDAD DE MÉXICO DELG. COYOACAN ABA-040721-TS9 CDELUNA@ABALAT.COM.MX	
FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE ENTREGA 01 MES 04 AÑO 2019	
NO. CONTRATO RM-MT-0118/19		NO. CONTRATO RM-MT-0118/19		NO. CONTRATO RM-MT-0118/19		NO. CONTRATO RM-MT-0118/19		NO. CONTRATO RM-MT-0118/19		NO. CONTRATO RM-MT-0118/19	
REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA		REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA		REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA		REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA		REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA		REQUISICION No. 5A.S. EXTRAORDINARIA	
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019		FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS 01 MES 04 AÑO 2019	
FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19	
FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19		FECHA DE ENTREGA: 01-04-19	

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	90995213	PERFIL INMUNOLOGICO PARA TIPIFICACION DE LEUCEMIAS		90	225.00	PRUEBA	6,687.40	601,866.00	1,504,665.00
		Cantidad Solicitada:		225.000					

CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA A PARTIR DEL 01 DE ABRIL DE 2019 Y HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019, LA ELABORACION DEL PRESENTE CONTRATO SE AUTORIZA DE CONFORMIDAD CON LOS ACUERDOS DE LA QUINTA SESION EXTRAORDINARIA DEL COMITE DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS, CON UN PRESUPUESTO AUTORIZADO MENOR AL MONTO MÁXIMO PERO SUPERIOR AL MONTO MÍNIMO, EN EL ENTENDIDO DE QUE EN CASO DE AGOTARSE, Y SI PERSISTE LA NECESIDAD, EL ADMINISTRADOR (A) DEL CONTRATO SOLICITARA EL PRESUPUESTO COMPLEMENTARIO, ESTANDO PARA ELLO SUJETO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO.

FECHAS DE ENTREGA:		01-04-19		31-12-19	
Fecha Mínima:		01-04-19		31-12-19	
Fecha Máxima:		01-04-19		31-12-19	
(un Millon Setecientos Cuarenta y cinco Mil Cuatrocientos Once Pesos 40/100 M.N.)					
Importe:		\$ 601,866.00		MAXIMOS	
Descuento:		\$ 0.00		MINIMOS	
Sub Total:		\$ 601,866.00			
Otros Impuestos:		\$ 0.00			
Sub Total 2:		\$ 601,866.00			
Impuesto I.V.A.:		\$ 96,298.56			
Total:		\$ 698,164.56			

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)  MARIA FERNANDA ORTIZ VAZQUEZ		JEFE DEL DEPARTAMENTO  JUAN ANTONIO GAMÁ GÓMEZ		Vc. Bc. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES  LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS		AUTORIZO DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN  C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO	
---	--	---	--	---	--	--	--

COPIA CONSECUTIVO

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

© TEXAS
ZISS