

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

FEDERICO GÓMEZ

DR. MARQUEZ No. 162

C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO

HIM871203BS0

DIA 01 MES 03 AÑO2023

HOJA No. 1 DE 2

NO. CONTRATO

RM-MT-0129/23

REQUISICION No.

-

FECHA DE AUTORIZACION:

SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS

DIA 01 MES 03 AÑO 2023

AUTORIZACION PRESUPUESTO

CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO

00AM01

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)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

GUILLERMINA CASTILLO RESENDIZ

FIRMA:

CARGO:

NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 48368

TELEFONO Y FAX: 5362-0299; FAX 5362-1792

FECHA:

DIA

MES

AÑO

LUGAR DE ENTREGA

15

ALMACEN DE MANTENIMIENTO

OBSERVACIONES:

AUTORIZADO MEDIANTE EL OFICIO NO. 5430/030/2023 CON CARGO A RECURSOS FISCALES DE ACUERDO AL ART 51 DE LA L.A.A.S.S.P.

PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)

25101

PRODUCTOS QUÍMICOS BÁSICOS

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).

42

ADJUDICACION DIRECTA

NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO

AA012NBG003-I57-2023

DIA

MES

AÑO

TELEFONOS :

57 61 03 81

57 61 72 53

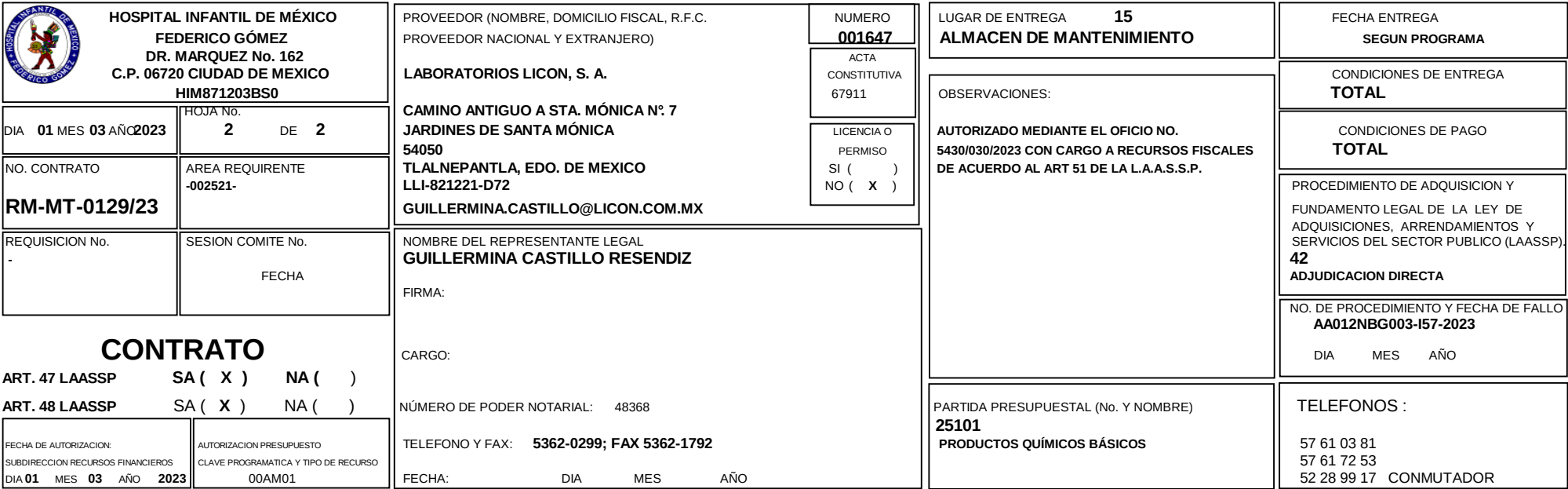
52 28 99 17 CONMUTADOR

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	CANTIDAD		UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N.	
				MINIMA	MAXIMA			MINIMO	MAXIMO
001	90990138	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO ABO, RH Y GRUPO SERICO. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 1400.000	25100037	560.00	1,400.00	PRUEBA	82.70	46,312.00	115,780.00
002	90990139	DETERMINACION PARA CONFIRMATO- RIA DE ABO Y RH. MARCA GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 1500.000	25100037	600.00	1,500.00	PRUEBA	44.17	26,502.00	66,255.00
003	90990140	DETERMINACION DE COMPATIBILIDAD SANGUINEA MAYOR Y MENOR RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y COOMBS DIRECTO. MARCA. GRIFOLS. PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 1463.000	25100037	585.00	1,463.00	PRUEBA	69.57	40,698.45	101,780.91
004	90990141	DETERMINACION DE GRUPO ABO, RH EN NEONATOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES HEMOLITICAS DEL RECIEN NACIDO. MARCA GRIFOLS PROCEDENCIA ESPAÑA. Cantidad Solicitada: 100.000	25100037	40.00	100.00	PRUEBA	111.54	4,461.60	11,154.00
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: 100.000	25100037	40.00	100.00	PRUEBA	152.42	6,096.80	15,242.00
006	90990253	DETERMINACION PARA EL RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (EN TARJETA DE GEL) Cantidad Solicitada: 931.000	25100037	372.00	931.00	PRUEBA	77.35	28,774.20	72,012.85
007	90995214	DETERMINACION DE FENOTIPO DE GRUPOS RH NEGATIVO MAS KELL EN TARJETA DE GEL Cantidad Solicitada: 100.000	25100037	40.00	100.00	PRUEBA	192.69	7,707.60	19,269.00

NOTA: CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA A PARTIR DEL 01 DE MARZO DEL 2023 AL 31 DE MARZO DEL 2023, NO. COMPRANET: AA-12-NBG-012NBG003-I-57-2023	
FECHAS DE ENTREGA :	
Fecha Mínima:	01-03-23
Fecha Máxima:	31-03-23

(Cuatrocientos Sesenta y cinco Mil Setecientos Treinta y dos Pesos 76/100 M.N.)

		MINIMOS		MAXIMOS	
Importe:	\$	160,552.65	Importe:	\$	401,493.76
Descuento:	\$	0.00	Descuento:	\$	0.00
SubTotal:	\$	160,552.65	SubTotal:	\$	401,493.76
Otros Impuestos:	\$	0.00	Otros Impuestos:	\$	0.00
Sub Total 2:	\$	160,552.65	Sub Total 2:	\$	401,493.76
Impuesto I.V.A:	\$	25,688.42	Impuesto I.V.A:	\$	64,239.00
Total:	\$	186,241.07	Total:	\$	465,732.76



ART. 47 LAASSP SA (X) NA ()

ART. 48 LAASSP SA (X) NA ()

FECHA DE AUTORIZACION:	AUTORIZACION PRESUPUESTO
SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS	CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO
DIA 01 MES 03 AÑO 2023	00AM01

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES
---------	--------	---------------------------

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

PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO	MAXIMO
--------------------	----------------------------------	--------

PROVEEDOR