

 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) MEDICAL PHARMACEUTICA S.A. DE C.V.		NUMERO 001757	LUGAR DE ENTREGA 13 ALMACEN DE FARMACIA	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA
DIA 01 MES 04 AÑO 2019		HOJA No. 1 DE 1		ACTA CONSTITUTIVA 46,337	OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/252/2019 CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA L.A.A.S.S.P.	CONDICIONES DE ENTREGA TOTAL
NO. CONTRATO RM-AF-0096/19		AREA REQUERENTE -02250-		LICENCIA O PERMISO SI (X) NO ()		CONDICIONES DE PAGO TOTAL
REQUISICION No. -REQ: 000178-		SESION COMITE No. FECHA		PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP). 42 ADJUDICACIÓN DIRECTA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL MARTIN ELI LEDESMA VILLALOBOS		FIRMA:		NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO AA012NBG003E112-2019 DIA 02 MES 04 AÑO 2019		
CONTRATO CERRADO (X) ABIERTO () ART. 48 LAASSP SA () NA (X)		CARGO:		NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 24,946	PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE) 25301 MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	TELEFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 52 28 99 17 CONMUTADOR
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 01 MES 04 AÑO 2019		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM04PR		TELEFONO Y FAX: 1517-2516/ FAX 1517-7025		
FECHA: DIA MES AÑO		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL MARTIN ELI LEDESMA VILLALOBOS		FIRMA:	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
001	13010335	HEPARINA SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE: HEPARINA SODICA EQUIVALENTE A 25 000 UI DE HEPARINA (	25301104	0	200.00	FRASCO AM	150.00	0.00	30,000.00
		Cantidad Solicitada: 200							

FECHAS DE ENTREGA :	
Fecha Mínima:	01-04-19
Fecha Máxima:	04-04-19

		MINIMOS		MAXIMOS	
Importe:		\$	0.00	Importe:	\$ 30,000.00
Descuento:		\$	0.00	Descuento:	\$ 0.00
SubTotal:		\$	0.00	SubTotal:	\$ 30,000.00
Otros Impuestos:		\$	0.00	Otros Impuestos:	\$ 0.00
Sub Total 2:		\$	0.00	Sub Total 2:	\$ 30,000.00
Impuesto I.V.A:		\$	0.00	Impuesto I.V.A:	\$ 0.00
Total:		\$	0.00	Total:	\$ 30,000.00

(Treinta Mil Pesos 00/100 M.N.)

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)	JEFE DEL DEPARTAMENTO	Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES	AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
GRACIELA VILLEDA GONZÁLEZ	L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ	LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS	C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO

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

COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS

 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) MEDICAL PHARMACEUTICA S.A. DE C.V.		NUMERO 001757	LUGAR DE ENTREGA 13 ALMACEN DE FARMACIA	FECHA ENTREGA SEGUN PROGRAMA
DIA 01 MES 04 AÑO 2019		HOJA No. 1 DE 1		ACTA CONSTITUTIVA 46,337	OBSERVACIONES: AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/252/2019 CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL ART. 51 DE LA L.A.A.S.S.P.	CONDICIONES DE ENTREGA TOTAL
NO. CONTRATO RM-AF-0096/19		AREA REQUERENTE -02250-		LICENCIA O PERMISO SI (X) NO ()		CONDICIONES DE PAGO TOTAL
REQUISICION No. -REQ: 000178-		SESION COMITE No. FECHA		PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP). 42 ADJUDICACIÓN DIRECTA		
		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL MARTIN ELI LEDESMA VILLALOBOS		NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO AA012NBG003E112-2019 DIA 02 MES 04 AÑO 2019		
CONTRATO CERRADO (X) ABIERTO () ART. 48 LAASSP SA () NA (X)		FIRMA: CARGO: NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 24,946		PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE) 25301 MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		TELEFONOS : 57 61 03 81 57 61 72 53 52 28 99 17 CONMUTADOR
FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA 01 MES 04 AÑO 2019		AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM04PR		TELEFONO Y FAX: 1517-2516/ FAX 1517-7025 FECHA: DIA MES AÑO		

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	MINIMA	CANTIDAD MAXIMA	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO
001	13010335	HEPARINA SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE: HEPARINA SODICA EQUIVALENTE A 25 000 UI DE HEPARINA (	25301104	0	200.00	FRASCO AM	150.00	0.00	30,000.00
		Cantidad Solicitada: 200							

FECHAS DE ENTREGA :	
Fecha Mínima:	01-04-19
Fecha Máxima:	04-04-19

(Treinta Mil Pesos 00/100 M.N.)

MINIMOS		MAXIMOS	
Importe:	\$ 0.00	Importe:	\$ 30,000.00
Descuento:	\$ 0.00	Descuento:	\$ 0.00
SubTotal:	\$ 0.00	SubTotal:	\$ 30,000.00
Otros Impuestos:	\$ 0.00	Otros Impuestos:	\$ 0.00
Sub Total 2:	\$ 0.00	Sub Total 2:	\$ 30,000.00
Impuesto I.V.A:	\$ 0.00	Impuesto I.V.A:	\$ 0.00
Total:	\$ 0.00	Total:	\$ 30,000.00

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)	JEFE DEL DEPARTAMENTO	Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES	AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
GRACIELA VILLEDA GONZÁLEZ	L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ	LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS	C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO

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

COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS