

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  <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>ONCOMEDIC DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS S.A.</b><br><b>DE C.V.</b><br><b>15 MZ. 27 LT. 302</b><br><b>SECCION XVI DELEG. TLALPAN</b><br><b>14080</b><br><b>MEXICO D.F.</b><br><b>ODM060511TT5</b><br><b>RRAMIREZ@ONCOMEDICMEXICO.COM</b> |  | NUMERO<br><b>001905</b>                                                                                                                                                                  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                   | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                  |
| DIA <b>08</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>4,772                                                                                                                                                            | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/364/2020,</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL</b><br><b>ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0445/20</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br><b>-05201-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                                                    |                                                                                                                                                            | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                     |
| REQUISICION No.<br><b>-REQ: 000411-</b>                                                                                                                                                                                                |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 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>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b> |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>RICARDO RAMIREZ ROMERO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E208-2020</b><br>DIA <b>08</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2020</b>                                                                      |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25301</b><br><b>MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>                                                                                        |                                                                                                                                                            | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17 CONMUTADOR |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 4,772                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | TELEFONO Y FAX: <b>56-50-09-49 Y 55-67-92-04-52</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                         |

# CONTRATO

ART. 47 LAASSP      SA (    )      NA ( X )

ART. 48 LAASSP      SA (    )      NA ( X )

|                                             |                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| FECHA DE AUTORIZACION:                      | AUTORIZACION PRESUPUESTO             |
| SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS           | CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO |
| DIA <b>08</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2020</b> | AM03PR                               |

| 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     | 13010237 | L-ASPARAGINASA. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CONTIENE L-ASPARAGINASA 10,000 U.I. | 25301284    | 0.00            | 33.00           | FRASCO AM | 1,600.00        | 0.00                          | 52,800.00                     |
|         |          | Cantidad Solicitada: <b>33</b>                                                              |             |                 |                 |           |                 |                               |                               |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 9 AL 15 DE JULIO DE 2020.

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| FECHAS DE ENTREGA : |                 |
| Fecha Mínima:       | <b>09-07-20</b> |
| Fecha Máxima:       | <b>15-07-20</b> |

(Cincuenta y dos Mil Ochocientos Pesos 00/100 M.N.)

| MINIMOS          |    |      | MAXIMOS          |    |           |
|------------------|----|------|------------------|----|-----------|
| Importe:         | \$ | 0.00 | Importe:         | \$ | 52,800.00 |
| Descuento:       | \$ | 0.00 | Descuento:       | \$ | 0.00      |
| SubTotal:        | \$ | 0.00 | SubTotal:        | \$ | 52,800.00 |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00 | Otros Impuestos: | \$ | 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00 | Sub Total 2:     | \$ | 52,800.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00      |
| Total:           | \$ | 0.00 | Total:           | \$ | 52,800.00 |

|                                      |                                        |                                            |                                |
|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)           | JEFE DEL DEPARTAMENTO                  | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL      |
| <b>JOEL JHOVANY ALVARADO CABRERA</b> | <b>LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ</b> | <b>L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ</b>        | <b>DR. JAIME NIETO ZERMEÑO</b> |

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

COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS