

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  <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>JHADYD, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>001548</b>                                                                                                                                                                  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                         | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                  |
| DIA <b>11</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                   |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>20,074                                                                                                                                                           | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/364/2020,<br/>         CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL<br/>         ART. 51 DE LA LAASSP</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0490/20</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: 000522-</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>GEORGINA CARPINTEIRO FRANCO</b>                                               |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E232-2020</b><br><br>DIA <b>11</b> MES <b>08</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: 20074                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | TELEFONO Y FAX: <b>5673-1556</b>                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                  |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |                                                                         |

## CONTRATO

ART. 47 LAASSP      SA (   )      NA ( X )

ART. 48 LAASSP      SA (   )      NA ( X )

|                                                                                                            |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>11</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2020</b> | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM04PR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

| 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     | 13041319 | DEXPANTENOL GEL OFTALMICO AL 5% TUBO DE 10 GR. UNGÜENTO, CADA 100 G DE POMADA CONTIENE DEXPANTENOL 5 G. | 25302282    | 0.00            | 70.00           | TUBO   | 597.00          | 0.00                          | 41,790.00                     |
|         |          | Cantidad Solicitada: 70                                                                                 |             |                 |                 |        |                 |                               |                               |

CONTRATO CON VIGENCIA DEL 11 AL 17 DE AGOSTO DE 2020

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 11-08-20 |
| Fecha Máxima:       | 17-08-20 |

(Cuarenta y ocho Mil Cuatrocientos Setenta y seis Pesos 40/100 M.N.)

| MINIMOS          |    |      | MAXIMOS          |    |           |
|------------------|----|------|------------------|----|-----------|
| Importe:         | \$ | 0.00 | Importe:         | \$ | 41,790.00 |
| Descuento:       | \$ | 0.00 | Descuento:       | \$ | 0.00      |
| SubTotal:        | \$ | 0.00 | SubTotal:        | \$ | 41,790.00 |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00 | Otros Impuestos: | \$ | 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00 | Sub Total 2:     | \$ | 41,790.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ | 6,686.40  |
| Total:           | \$ | 0.00 | Total:           | \$ | 48,476.40 |

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

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

COMPRAS GUBERNAMENTALES FARMACEUTICAS