

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  <div>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO<br/>FEDERICO GÓMEZ<br/>DR. MARQUEZ No. 162<br/>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO<br/>HIM871203BS0</div> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br>INDUSTRIAS NAJI, S.A. DE C.V.<br><br>JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN MZ. 4 L. 13<br>COL. JUÁREZ (LOS CHIRINOS)<br>52743<br>OCOYOACAC, MÉXICO<br>INA170221DH7<br>OMAR_INDUNAJI@OUTLOOK.COM |  | NUMERO<br><b>002775</b>                                                                                                                                                           | LUGAR DE ENTREGA<br><b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                       | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b> |
| DIA <b>08</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                                                                                        |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                            |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>44,599                                                                                                                                                    | OBSERVACIONES:                                                                                                                    |                                        |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0555/20</b>                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUERENTE<br>-002320-                                                                                                                                                                                                                                                 |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                                             | AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO NO.<br>5430/486/2020, CON CARGO A RECURSOS<br>PROPIOS, DE ACUERDO AL ARTICULO 51 DE LA<br>L.A.A.S.S.P. |                                        |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                               |  | 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>ADJUDICACIÓN DIRECTA |                                                                                                                                   |                                        |
| <h2>CONTRATO</h2> <div>ART. 47 LAASSP    SA (    )    NA ( <b>X</b> )<br/>ART. 48 LAASSP    SA (    )    NA ( <b>X</b> )</div>                                                                                     |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. OSCAR O. NAVARRO JIMENEZ</b>                                                                                                                                                                                                        |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E265-2020</b>                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | DIA    MES    AÑO                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | TELEFONOS :                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    65,439                                                                                                                                                                                                                                         |  | 57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR                                                                                                                           |                                                                                                                                   |                                        |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>08</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2020</b>                                                                                                         |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AM03PR                                                                                                                                                                                                  |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                        |                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 18828609</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                        |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                                                   | CLAVE<br>CUCOP | CANTIDAD |          | UNIDAD | PRECIO<br>UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. |            |
|---------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------|--------------------|------------------------|------------|
|         |          |                                                                                                                                                                                             |                | MINIMA   | MAXIMA   |        |                    | MINIMO                 | MAXIMO     |
| 001     | 13076706 | GEL ALCOHOL ANTISEPTICO PARA MANOS CON ALCOHOL ETILICO AL 70% GLICERINA, ALOE VERA, HUMECTANTES Y SUAVIZANTES NATURALES, COLOR AZUL DE METILENO , SMA 7%SL 0.15%COMO CONSERVADOR DE 500 ML. | 25400290       | 0.00     | 5,135.00 | PIEZA  | 92.50              | 0.00                   | 474,987.50 |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                                                                                                                                                        | 5135           |          |          |        |                    |                        |            |

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b> |                 |
| Fecha Mínima:              | <b>09-09-20</b> |
| Fecha Máxima:              | <b>18-09-20</b> |

(Quinientos Cincuenta Mil Novecientos Ochenta y cinco Pesos 50/100 M.N.)

| MINIMOS          |         | MAXIMOS          |               |
|------------------|---------|------------------|---------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe:         | \$ 474,987.50 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento:       | \$ 0.00       |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal:        | \$ 474,987.50 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: | \$ 0.00       |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2:     | \$ 474,987.50 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ 75,998.00  |
| Total:           | \$ 0.00 | Total:           | \$ 550,985.50 |

|                                 |                                        |                                            |                                |
|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)      | JEFE DEL DEPARTAMENTO                  | Vº. Bº. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL      |
| <b>ADRIANA MALDONADO POPOCA</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

PROVEEDOR