

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>20,074                                                                                                 |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                                                 |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                    |  |
| DIA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b>                                                                                   |  | XOMALI 7<br><b>HACIENDA DE SAN JUAN</b><br><b>14370</b><br><b>CIUDAD DE MEXICO, DELG TLAPAN</b><br><b>JHA010328FR1</b><br><b>JHADYDVENTAS@HOTMAIL.COM</b> |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( <b>X</b> )                                                                                                                                       |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO NÚMERO</b><br><b>5430/888/2021, CON CARGO A RECURSOS</b><br><b>FISCALES, DE CONFORMIDAD CON EL ART. 51 DE</b><br><b>LA L.A.A.S.P.</b> |  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0916/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002402-</b>                                                                                |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>GEORGINA CARPINTEIRO FRANCO</b><br><br>FIRMA:                                                                        |  | 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>ADJUDICACION DIRECTA</b> |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E623-2021</b><br><br>DIA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b>                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                     |  | CARGO:                                                                                                                                                    |  | 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                                                                                                                   |  |
| CONTRATO<br><b>ART. 47 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA ( )</b>                                                                                                                                             |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 20074                                                                                    |  | TELEFONO Y FAX: <b>5673-1556</b>                                                                                                                          |  | FECHA: DIA MES AÑO                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                           |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>30</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                         |  |                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                           |  |

| 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     | 13041324 | CIPROFLOXACINO Y DEXAMETASONA CADA ML DE SOLUCIÓN OFTÁLMICA CONTIENE CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO EQUIVALENTE A 3.50 MG DE CIPROFLOXACINO,DEXAMETASONA 1.00 MG.<br>Cantidad Solicitada: 20 | 25302282    | 0.00            | 20.00           | FRASCO | 570.00          | 0.00                          | 11,400.00                     |
| 002     | 13041618 | HIALURONATO GOTAS OFTALMICA, CADA MILILITRO DE SOLUCIÓN CONTIENE HIALURONATO DE SODIO 4.0 MG.<br>Cantidad Solicitada: 20                                                                    | 25301106    | 0.00            | 20.00           | FRASCO | 336.00          | 0.00                          | 6,720.00                      |
| 003     | 13041909 | PREDNISOLONA SOLUCION OFTALMICA ACETATO AL 1% CADA ML CONTIENE 5 MG<br>Cantidad Solicitada: 20                                                                                              | 25301767    | 0.00            | 20.00           | FRASCO | 459.00          | 0.00                          | 9,180.00                      |
| 004     | 13042104 | TOBRAMICINA Y DEXAMETAZONA UNGÜENTO , CADA G DE UNGÜENTO CONTIENE: SULFATO DE TOBRAMICINA EQUIVALENTE A 3 MG DE TOBRAMICINA DEXAMETASONA 1 MG.<br>Cantidad Solicitada: 20                   | 25302081    | 0.00            | 20.00           | TUBO   | 421.00          | 0.00                          | 8,420.00                      |

CONTRATO CERRADO CON VIGENCIA DEL 30 DE NOVIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021.

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 30-11-21 |
| Fecha Máxima:       | 31-12-21 |

| MINIMOS          |         | MAXIMOS          |              |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe:         | \$ 35,720.00 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento:       | \$ 0.00      |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal:        | \$ 35,720.00 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: | \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2:     | \$ 35,720.00 |
| Impuesto I.V.A.: | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A.: | \$ 1,075.20  |
| Total:           | \$ 0.00 | Total:           | \$ 36,795.20 |

(Treinta y seis Mil Setecientos Noventa y cinco Pesos 20/100 M.N.)

|                               |                                 |                                            |                                     |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)    | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vº. Bº. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN |
| JOEL JHOVANY ALVARADO CABRERA | LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ               | C.P. CIPRIANO SOLIS BADILLO         |

