
 <b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b> <b>FEDERICO GÓMEZ</b> <b>DR. MARQUEZ No. 162</b> <b>C.P. 06720 MEXICO, D.F.</b> <b>HIM871203BS0</b>		PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C. PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)  <b>FORMULARIOS GRAFICOS INTELIGENTES, S.A. DE C.V.</b> <b>BUGAMBILIAS MANZ. 156 B LOT. 84 A</b> <b>BOSQUES DE MORELOS</b> <b>54760</b> <b>CUAUTITLAN IZCALI MEXICO</b> <b>FGI131018IR6</b>		NUMERO <b>000999</b>  ACTA CONSTITUTIVA  LICENCIA O PERMISO SI ( ) NO ( X )	LUGAR DE ENTREGA <b>11</b> <b>ALMACEN GENERAL</b>  OBSERVACIONES:  AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO N°.- <b>5430/0101/2016, CON CARGO A RECURSOS</b> <b>PROPIOS, PAGO DE CONFORMIDAD CON EL</b> <b>ARTÍCULO 51 DE LA LAASSP.</b>	FECHA ENTREGA <b>SEGUN PROGRAMA</b>  CONDICIONES DE ENTREGA <b>PARCIAL</b>  CONDICIONES DE PAGO <b>PARCIAL</b>  PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP). <b>42</b> <b>ADJUDICACIÓN DIRECTA</b>  NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO <b>AA012NBG001-E68-2016</b>  DIA <b>26</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2016</b>
DIA <b>01</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2016</b>  NO. CONTRATO <b>RM-AG-0135/16</b>  REQUISICION No. -	HOJA No. <b>1</b> DE <b>1</b>  AREA REQUIRENTE <b>-005410-</b>  SESION COMITE No. -  FECHA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <b>C.JOSE PABLO BADILLO HERNANDEZ</b>  FIRMA:  CARGO: <i>Representante legal</i>  NÚMERO DE PODER NOTARIAL:  TELEFONO Y FAX: <b>01(55) 8995-9520 &amp; 8995-9533</b>  FECHA: DIA <b>01</b> MES <b>Mar</b> AÑO <b>2016</b>		 <b>HOSPITAL INFANTIL de MEXICO</b> <b>FEDERICO GÓMEZ</b> Instituto Nacional de Salud  <b>01 MAR 2016</b>  <b>PRESUPUESTO AUTORIZADO</b> <b>RECURSOS PROPIOS</b> <b>DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO</b> PARTIDA PRESUPUESTAL (NOMBRE) <b>33602</b> <b>OTROS SERVICIOS COMERCIALES</b> <b>AM04PR</b>		

## CONTRATO

PROGRAMADO ( X ) ABIERTO ( )

ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA ( )

FECHA DE AUTORIZACION: SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS DIA <b>01</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2016</b>	AUTORIZACION PRESUPUESTO CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO AM04PR
--	--

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	MINIMA	CANTIDAD MAXIMA	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO	M.N. MAXIMO
001	11240011	RECIBOS DE PAGO PARA CAJAS AUXILIARES ORIGINAL (BLANCO PARA PACIENTES) COPIA AMARILLA (SERVICIO) Y COPIA ROSA (TESORERIA) CON PAPEL AUTOCOPIANTE (SEGÚN MUESTRA)	33602008	0	360.00	MILLAR	510.00	0.00	183,600.00
		Cantidad Solicitada: 90 0 0 90 0 0 90 0 90							
002	11240069	HOJAS CONSECUTIVAS TAMAÑO CARTA POR CUATRO TANTOS PARA CORTE DE CAJAS AUXILIARES Y CARTAS COMPROMISO (SE ANEXA MUESTRA)	33602011	0	8.00	MILLAR	2,110.00	0.00	16,880.00
		Cantidad Solicitada: 2 0 0 2 0 0 2 0 2							

**NOTA: VIGENCIA DE 01 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2016 DE ACUERDO AL CALENDARIO.**

FECHAS DE ENTREGA:	01-03-16	01-04-16	01-05-16	01-06-16	01-07-16	01-08-16	01-09-16	01-10-16	01-11-16	01-12-16
Fecha Mínima:	01-03-16	01-04-16	01-05-16	01-06-16	01-07-16	01-08-16	01-09-16	01-10-16	01-11-16	01-12-16
Fecha Máxima:	31-03-16	30-04-16	31-05-16	30-06-16	31-07-16	31-08-16	30-09-16	31-10-16	30-11-16	31-12-16

MINIMOS

MAXIMOS

Importe:	\$	0.00	Importe:	\$	200,480.00
Descuento:	\$	0.00	Descuento:	\$	0.00
SubTotal:	\$	0.00	SubTotal:	\$	200,480.00
Otros Impuestos:	\$	0.00	Otros Impuestos:	\$	0.00
Sub Total 2:	\$	0.00	Sub Total 2:	\$	200,480.00
Impuesto I.V.A.:	\$	0.00	Impuesto I.V.A.:	\$	32,076.80
Total:	\$	0.00	Total:	\$	232,556.80

(Doscientos Treinta y dos Mil Quinientos Cincuenta y seis Pesos 80/100 M.N.)

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)  <b>MARIA AMELIA ZARATE MARTINEZ</b>	FIRMA DE LOS TITULARES DE LAS AREAS QUE ELABORAN JEFE DEL DEPARTAMENTO <b>LIC. ANA OLIVERA GARCIA</b>	Vc. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES <b>LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS</b>	AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN <b>C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO</b>
---	---	---	--

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

COPIA CONSECUTIVO