


 <b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b> <b>FEDERICO GÓMEZ</b> <b>DR. MARQUEZ No. 162</b> <b>C.P. 06720 MÉXICO, D.F.</b> <b>HIM871203BS0</b>	
DIA 06 MES 03 AÑO 2014	HOJA No. 1 DE 1
NO. CONTRATO <b>RM-AG-0147/14</b>	AREA REQUIRENTE -005410-
REQUISICION No.	SESION COMITE No.  FECHA

PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C. PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)  <b>ONTI COMERCIAL, S.A. DE C.V.</b>	NUMERO <b>001870</b>  ACTA CONSTITUTIVA  LICENCIA O PERMISO SI ( ) NO ( X )
<b>GIOTTO # 220</b> <b>ALFONSO XIII</b> <b>01460</b> <b>MEXICO D.F.</b> <b>OCO110414B14</b>	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL <b>C. SERGIO A. ONTIVEROS MENESES</b>  FIRMA:   CARGO: <i>Representante Legal</i>  NÚMERO DE PODER NOTARIAL:  TELÉFONO Y FAX: <b>5611-7779*5651-4645* CEL: 5532329768</b>  FECHA: DIA 06 MES 03 AÑO 2014	

LUGAR DE ENTREGA <b>11</b> <b>ALMACEN GENERAL</b>
OBSERVACIONES:  <b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO N°.-</b> <b>5400/443/2014, CON CARGO A RECURSOS</b> <b>PROPIOS. PAGO DE CONFORMIDAD CON EL</b> <b>ARTICULO 51 DE LA LA ASSP.</b>  <b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b> <b>FEDERICO GÓMEZ</b> <b>Instituto Nacional de Salud</b>  <b>PRESUPUESTO AUTORIZADO</b> <b>RECURSOS PROPIOS</b> <b>DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO</b> <b>CONTROL PRESUPUESTAL</b> <b>PARTIDA PRESUPUESTAL (Nº. Y NOMBRE)</b> <b>33602</b> <b>OTROS SERVICIOS COMERCIALES</b> <b>AN04PR</b>

FECHA ENTREGA <b>SEGUN PROGRAMA</b>
CONDICIONES DE ENTREGA <b>TOTAL</b>
CONDICIONES DE PAGO <b>TOTAL</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  DIA MES AÑO
TELÉFONOS :  57 61 03 81 57 61 72 53 52 28 99 17 CONMUTADOR

**CONTRATO**  
PROGRAMADO ( X ) ABIERTO ( )  
ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA ( )  
FECHA DE AUTORIZACION:  
SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS  
DIA 06 MES 03 AÑO 2014  
AUTORIZACION PRESUPUESTO  
CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO  
AM04PR



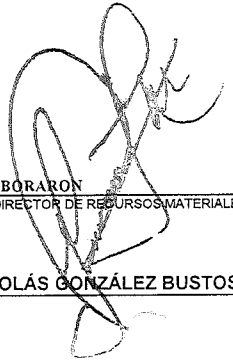

PARTIDA	CODIGO	DESCRIPCION DE LOS BIENES	CLAVE CUCOP	CANTIDAD MINIMA	CANTIDAD MAXIMA	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO	PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO
001	11240011	RECIBOS DE PAGO PARA CAJAS AUXILIARES ORIGINAL (BLANCO PARA PACIENTES) COPIA AMARILLA (SERVICIO) Y COPIA ROSA (TESORERIA) CON PAPEL AUTOCOPIANTE (SEGÚN MUESTRA)	33600001	0	30.00	MILLAR	793.00	0.00	23,790.00
		Cantidad Solicitada: 30							

NOTA: REQUISICION N°.- R11-000089.

FECHAS DE ENTREGA : Fecha Mínima: 06-03-14 Fecha Máxima: 14-03-14
---

(Veintisiete Mil Quinientos Noventa y seis Pesos 40/100 M.N.)

MINIMOS			MAXIMOS		
Importe:	\$	0.00	Importe:	\$	23,790.00
Descuento:	\$	0.00	Descuento:	\$	0.00
SubTotal:	\$	0.00	SubTotal:	\$	23,790.00
Otros Impuestos:	\$	0.00	Otros Impuestos:	\$	0.00
Sub Total 2:	\$	0.00	Sub Total 2:	\$	23,790.00
Impuesto I.V.A:	\$	0.00	Impuesto I.V.A:	\$	3,806.40
Total:	\$	0.00	Total:	\$	27,596.40

COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)  <b>MARGARITA MORALES BARRIENTOS</b>	FIRMA DE LOS TITULARES DE LAS AREAS QUE ELABORARON JEFE DEL DEPARTAMENTO  <b>LIC. ANA LUISA OLIVERA GARCÍA</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 CLAUSULA. : APARECEN AL REVERSO DEL PRESENTE CONTRATO

COPIA CONSECUTIVO