

ACUSE DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

**SUJETO OBLIGADO**

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MEXICO

Fecha(dd/mm/aaaa): 07-04-2016 Hora(hh:mm): 14:04:33

**DATOS DEL SOLICITANTE**

**PERSONA FÍSICA**

NOMBRE: SOSA CULVER LIGIA E.  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

**PERSONA MORAL**

RAZÓN O

DENOMINACIÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

**DOMICILIO**

CALLE: WTC MONTECITO 38 PISO 21, OFIC. 32 NUM. EXTERIOR: 38 NUM. INTERIOR: \_\_\_\_\_  
 ENTIDAD FEDERATIVA: DISTRITO FEDERAL MUNICIPIO: BENITO JUAREZ C.P. 03810  
 COLONIA O LOCALIDAD: NAPOLIS TELÉFONO(Opcional): null  
 CORREO ELECTRÓNICO: ligiaculver@hotmail.com

Número de Folio o Expediente de la 00006/IMIEM/IP/2016

Código para el Solicitante: 000062016027140433327

**INFORMACIÓN SOLICITADA**

**DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA**

Favor de Indicar la Compra Real de todos los Medicamentos, Productos Farmacéuticos, Leches y Vacunas en el periodo ENERO, FEBRERO y MARZO 2016. Datos requeridos únicamente: Clave Cuadro Básico y Diferencial, Descripción completa y clara del medicamento, Número de piezas compradas por medicamento, Precio por pieza, Importe, Proveedor que vendió el medicamento, Tipo de compra, Número de Licitación, Número de Adjudicación Directa, Número de Invitación restringida según corresponda, Número de Contrato o Factura, Almacén o Unidad Médica.

FAVOR DE NO MANDAR FALLOS

Por favor no referenciar a COMPRANET; la presente solicitud no es sobre información de Licitaciones, sino de la Compra Real de todos los Medicamentos, Leches y Vacunas, en el periodo de ENERO, FEBRERO y MARZO 2016. Datos requeridos únicamente: Clave Cuadro Básico y Diferencial, Descripción completa y clara del medicamento, Número de piezas compradas por medicamento, Precio por pieza, Importe, Proveedor que vendió el medicamento, Tipo de compra, Número de Licitación, Número de Adjudicación Directa, Número de Invitación restringida según corresponda, Número de Contrato o Factura, Almacén o Unidad Médica.

FAVOR DE NO MANDAR FALLOS

avor de Favor de mandar la información en Hoja de Cálculo (Excel), si es posible.

Muchas gracias

MODALIDAD DE ENTREGA:			
A través del SAIMEX	<input checked="" type="radio"/>	Copias simples(con costo)	<input type="radio"/>
CD-ROM(con costo)	<input type="radio"/>	Copias Certificadas(con costo)	<input type="radio"/>
OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar):		Consulta Directa(sin costo)	<input type="radio"/>
		Disquete 3.5"(con costo)	<input type="radio"/>

DOCUMENTOS ANEXOS:

PLAZO DE RESPUESTA
--------------------

Fecha de límite de respuesta:	<u>15 días hábiles 28/04/2016</u>
Fecha de posible requerimiento de aclaración de la	<u>5 días hábiles 14/04/2016</u>
Notificación de ampliación de plazo(prórroga) :	<u>14 a 15 días hábiles 27/04/2016</u>
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación de plazo :	<u>22 días hábiles 10/05/2016</u>