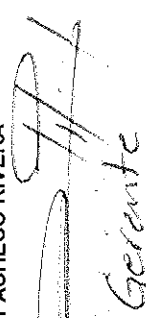


|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|  <b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b><br><b>FEDERICO GÓMEZ</b><br>DR. MARQUEZ No. 162<br>C.P. 06720 CIUDAD DE MÉXICO<br>HIM871203BS0 |                                                                 |
| DIA 01 MES 01 AÑO 2017<br>TITULAR No. 1 DE 1                                                                                                                                                                         | AREA REQUERENTE<br>-005330-                                     |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-MT-0012/17</b>                                                                                                                                                                                 | SESION COMITE No.<br>SESION EXTR. NO. 12<br>FECHA<br>23/12/2015 |
| REQUISICION No.                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.)<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO<br><b>SERVICIOS INTEGRALES EN EQUIPO MEDICO, S.A. DE C.V.</b><br>VID No. - 110<br>NUEVA SANTA MARIA<br>02800<br>MEXICO D.F. -<br>SIE050218GR4 | NUMERO<br><b>002345</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( X ) |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. ABEL PACHECO RIVERA</b><br>FIRMA: <br>CARGO: <b>Gerente</b>                                        |                                                                                                |
| NÚMERO DE PODER NOTARIAL:<br>TELEFONO Y FAX: 5556-8816<br>FECHA: DIA 10 MES 01 AÑO 2017                                                                                                                                       |                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUGAR DE ENTREGA<br><b>ALMACEN DE MANTENIMIENTO</b><br>OBSERVACIONES:<br>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO N°:<br>54301/173/2016, CON CARGO A RECURSOS<br>PROPIOS, PAGO DE CONFORMIDAD CON EL<br>ARTICULO 51 DE LA L.A.A.S.S.P.<br><br><b>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO</b><br><b>FEDERICO GÓMEZ</b><br>Instituto Nacional de Salud<br><b>02 ENE 2017</b> | 15<br><b>FECHA ENTREGA</b><br><b>CONDICIONES DE ENTREGA</b><br><b>PARCIAL</b><br><b>CONDICIONES DE PAGO</b><br><b>PARCIAL</b><br>PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP),<br>52<br>APLICACION EN MONTO POR UN 20 %<br>NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br>AA012NBG001-E33-2016<br>DIA 01 MES 01 AÑO 2016 |
| PRESUPUESTO AUTORIZADO<br>RECURSOS PROPIOS<br><b>DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO</b><br><b>PARTIDA CONTROL PRESUPUESTAL</b><br>33701<br>MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPO<br><b>20004PR</b>                                                                                                                                                                                                                         | TELEFONOS:<br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17 CONNUTADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### CONTRATO

PROGRAMADO ( X ) ABIERTO ( )  
 ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA ( )

|                                                                                       |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA 02 MES 01 AÑO 2017 | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>AMO4PR |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

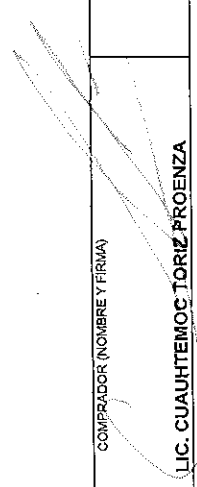
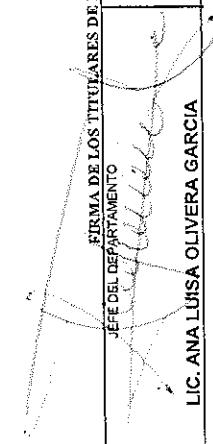
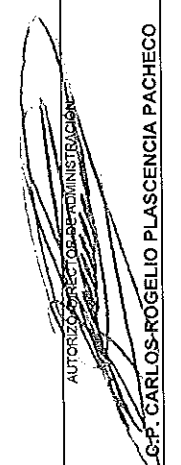
| PARTIDA              | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                             | CLAVE CUOP | CANTIDAD MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | SERVICIO | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----------------|--------|----------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001                  | 90244054 | SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A 31 ESTERILIZADORES DE LAS MARCAS JISICO, AGSA, CAISA, STERIS, IESA, CASA MAC, AMSCO, ZEYCO, ALL AMERICAN, TERLAB. |            | 0               | 1.000           |        |          | 174,560.80      | 0.00                          | 174,560.80                    |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                                       |            | 0.000           |                 |        |          |                 |                               |                               |

NOTA: ESTE CONTRATO SE ELABORA POR CONCEPTO DE INCREMENTO HASTA POR UN 20% DEL MONTO ORIGINALMENTE CONTRATADO Y QUE SE ENCUENTRA VINCULADO AL CONTRATO RM-MT-0012/16, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD AL ART. 52 DE LAASSP.

|                                                                        |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| FECHAS DE ENTREGA:<br>Fecha Mínima: 01-01-17<br>Fecha Máxima: 31-01-17 | 01-02-17<br>28-02-17 | 01-03-17<br>31-03-17 |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|

| MINIMOS          |    | MAXIMOS    |    |
|------------------|----|------------|----|
| Importe:         | \$ | 0.00       | \$ |
| Descuento:       | \$ | 0.00       | \$ |
| SubTotal:        | \$ | 0.00       | \$ |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00       | \$ |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00       | \$ |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00       | \$ |
| Total:           | \$ | 0.00       | \$ |
| Importe:         | \$ | 174,560.80 | \$ |
| Descuento:       | \$ | 0.00       | \$ |
| SubTotal:        | \$ | 174,560.80 | \$ |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00       | \$ |
| Sub Total 2:     | \$ | 174,560.80 | \$ |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 27,929.73  | \$ |
| Total:           | \$ | 202,490.53 | \$ |

(Doscientos dos Mil Cuatrocientos Noventa Pesos 53/100 M.N.)

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)<br><b>LIC. CUAUHEMOC TORIZ PROENZA</b><br> | FIRMA DE LOS TITULARES DE LAS AREAS QUE ELABORAN<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO<br>Vc. Bc. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES<br><b>LIC. ANA LUISA OLIVERA GARCIA</b><br> | AUTORIZACION DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO<br><b>C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO</b><br> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

COPIA CONSECUTIVO

[illegible][illegible][illegible]

Entendido lo anterior, **EL HOSPITAL Y EL PUESTO RADON DE SERVICIO**, producen el presente Contrato al tenor de las siguientes:

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

El artículo 30 del presente que establece la Ley, la Disposición que los directos interesados emitan en el Partido Acción Nacional, la modificación o en su caso la ratificación sobre los indicados, deberá ser hecha a la vez que el Partido Acción Nacional, los casos de los casos para el presente y la celebración con el Comité respectivo o entre las partes que celebren la Disposición, deberán ser de los documentos que el INOPRIAL, según proceda.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

En el caso de ampliación en la prestación del servicio se debe considerar lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contratación Administrativa, en el sentido de que el contratista debe ser informado con suficiente anticipación por escrito por el ente contratante, para que pueda solicitar la ampliación del contrato, en caso de que lo requiera. En caso de no haberse informado al contratista con suficiente anticipación, el ente contratante no podrá exigir la ampliación del contrato, ni el pago de los honorarios correspondientes.

[illegible]

los datos no expresamente señalados, el cumplimiento de algunas de las obligaciones con EL HOGARITAL será motivo de penalización para el PRESTADOR DEL SERVICIO. El efecto de esta penalización será la pérdida de la condición de proveedor de servicios de EL HOGARITAL, quedando inhabilitado para ser contratado por EL HOGARITAL en el futuro.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RECEIVED: 1997.11.10; REVISED: 1998.01.15; ACCEPTED: 1998.02.10. This work was supported by the National Science Foundation (NSF) Grant IRI-9534499. The authors would like to thank the anonymous reviewers for their helpful comments and suggestions. Correspondence should be addressed to Dr. J. J. Gray, Department of Computer Science, University of Illinois at Chicago, 606 S. Morgan Street, Chicago, IL 60607-7159. E-mail: jgray@uic.edu.

[illegible][illegible]

EL NUESTRO

EL PRECIADOR DE SERVICIOS

REPRESENTANTE LOCAL  
HONORABLE JAVIER ALBERTO FLORES GOMEZ  
SECRETARIA DE ADMINISTRACION

líneas y entidades correspondientes al centro de prestación de servicios N° SHELTER-0272 ubicado en el HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERDO COAQUEZ Y SERVIDOS INTEGRALES EN EQUIPO MÉDICO SA DE CV.