

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  <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>GRUPO EOLICA, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>COAHUILA N°28 LOCAL 2</b><br><b>COL. ROMA SUR</b><br><b>06760</b><br><b>DEL. CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO</b><br><b>GEO-990820-190</b><br><b>VENTAS@EOLICA.COM</b> |  | NUMERO<br><b>001201</b>                                                                                                                                                                  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                           | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                     |
| DIA <b>03</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>62,590                                                                                                                                                           | OBSERVACIONES:<br><br><b>Autorizado mediante oficio número 5430/5430/193/2021, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                   |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0182/21</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUERENTE<br>-002231-                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (    X    )                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                    | CONDICIONES DE PAGO<br><b>PARCIAL</b>                                      |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 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> |                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>DAVID CRESPO HUITRON</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                                                            |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E168-2021</b><br><br>DIA    MES    AÑO                                                                                            |                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP    SA ( X )    NA (    )</b><br><b>ART. 48 LAASSP    SA ( X )    NA (    )</b>                                                                                                                |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    64,989<br><br>TELEFONO Y FAX: <b>5584-4699; FAX: 5584-4635</b><br><br>FECHA:    DIA    MES    AÑO                                                                                                                                                                        |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                               |                                                                                                                                                                    | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>03</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |                                                                            |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                      | CLAVE CUCOP | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13075845 | CIRCUITO DE VNI DESECHABLE NEONATAL 2R<br>Cantidad Solicitada: | 25400611    | 83.00  | 206.00          | PIEZA  | 1,900.00        | 157,700.00                    | 391,400.00                    |
| 002     | 13075846 | SISTEMA DE CPAP DE BURBUJA CON VALVULA<br>Cantidad Solicitada: | 25400611    | 8.00   | 20.00           | PIEZA  | 890.00          | 7,120.00                      | 17,800.00                     |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA A PARTIR DEL 03-05-2021 AL 31-08-2021

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b><br>Fecha Mínima:<br>Fecha Máxima: |
|--------------------------------------------------------------|

|                     | MINIMOS    | MAXIMOS                      |
|---------------------|------------|------------------------------|
| Importe: \$         | 164,820.00 | Importe: \$ 409,200.00       |
| Descuento: \$       | 0.00       | Descuento: \$ 0.00           |
| SubTotal: \$        | 164,820.00 | SubTotal: \$ 409,200.00      |
| Otros Impuestos: \$ | 0.00       | Otros Impuestos: \$ 0.00     |
| Sub Total 2: \$     | 164,820.00 | Sub Total 2: \$ 409,200.00   |
| Impuesto I.V.A: \$  | 26,371.20  | Impuesto I.V.A: \$ 65,472.00 |
| Total: \$           | 191,191.20 | Total: \$ 474,672.00         |

(Cuatrocientos Setenta y cuatro Mil Seiscientos Setenta y dos Pesos 00/100 M.N.)

|                            |                                 |                                            |                           |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR GENERAL |
| ADRIANA MALDONADO POPOCA   | LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ               | DR. JAIME NIETO ZERMEÑO   |

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

PROVEEDOR