

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO<br/>FEDERICO GÓMEZ<br/>DR. MARQUEZ No. 162<br/>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO<br/>HIM871203BS0</div> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br>PROVEEDORA NACIONAL DE MATERIAL DE CURACION,<br>S.A. DE C.V.<br>5 DE FEBRERO N° 809<br>ALAMOS<br>03400<br>CIUDAD DE MEXICO DELEG. BENITO JUAREZ,<br>PNM 8604219NA<br>PRONAMAC@PRODIGY.NET.MX |  | NUMERO<br><b>002050</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>48223<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( X )<br>NO ( )                                                      | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b> | FECHA ENTREGA<br>SEGUN PROGRAMA                                                                                                                                                             |
| DIA 25 MES 02 AÑO 2022                                                                                                                                                                                             |  | HOJA No.<br>1 DE 2                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | OBSERVACIONES:<br><br>Se autoriza mediante oficio número<br>5430/143/2022, con cargo a recursos<br>fiscales, de conformidad con el Art. 51 de<br>la L.A.A.S.S.P. |                                                          | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                                    |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0316/22</b>                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br>-002610-                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                  |                                                          | 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>41-V</b><br>CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>HUGO RAFAEL VAZQUEZ JIMENEZ</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 22,917<br><br>TELÉFONO Y FAX: 55901321/55795400/56961551/ FAX 55792811<br><br>FECHA: DIA MES AÑO                                                  |  |                                                                                                                                                                  |                                                          | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E124-2022</b><br><br>DIA MES AÑO                                                                                                     |
| CONTRATO<br><br>ART. 47 LAASSP SA ( X ) NA ( )<br><br>ART. 48 LAASSP SA ( X ) NA ( )                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS                                                              |                                                          | TELÉFONOS :<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 25 MES 02 AÑO 2022                                                                                                                              |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                             |

| PARTIDA              | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                | CLAVE CUCOP | MINIMA   | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL MINIMO | PRECIO TOTAL MAXIMO M.N. |
|----------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------------|---------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| 001                  | 13070234 | SONDA FOLEY 14 FR. DE DOS VÍAS PARA DRENAJE URINARIO, DE LÁTEX, ESTÉRIL Y DESECHABLE, CON GLOBO DE AUTO RETENCIÓN DE 3 O 5 ML., CON VÁLVULA PARA JERINGA | 25400457    | 40.00    | 100.00          | PIEZA   | 18.50           | 740.00              | 1,850.00                 |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 002                  | 13070255 | SONDA FOLEY 12 FR DE DOS VÍAS PARA DRENAJE URINARIO, DE LÁTEX, ESTÉRIL Y DESECHABLE, CON GLOBO DE AUTO RETENCIÓN DE 3 O 5 ML., CON VÁLVULA PARA JERINGA  | 25400457    | 40.00    | 100.00          | PIEZA   | 18.50           | 740.00              | 1,850.00                 |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 003                  | 13070291 | TUBO PARA CANALIZACIÓN DE LÁTEX NATURAL OPACO A LOS RAYOS X 3/8 ESTERIL                                                                                  | 25400523    | 40.00    | 100.00          | PIEZA   | 19.50           | 780.00              | 1,950.00                 |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 004                  | 13070957 | GASA SECA CORTADA DE ALGODON SIN TRAMA OPACA A LOS RAYOS X 10X10 TEJIDO 20X12 CM. NO ESTERIL C/200 PIEZAS                                                | 25400204    | 400.00   | 1,000.00        | PAQUETE | 98.00           | 39,200.00           | 98,000.00                |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 005                  | 13071043 | TEGADERM 1626 MEDIANO TEGADERM 1626 MEDIANO                                                                                                              | 25400041    | 1,440.00 | 3,600.00        | PIEZA   | 5.00            | 7,200.00            | 18,000.00                |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 006                  | 13071055 | VENDA ELÁSTICA DE ALGODÓN, DE TEJIDO PLANO, CON FIBRAS SINTÉTICAS, LONGITUD DE 5 MTS. X 10 CM. DE ANCHO.                                                 | 25400539    | 400.00   | 1,000.00        | PIEZA   | 10.00           | 4,000.00            | 10,000.00                |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |
| 007                  | 13071061 | VENDA DE GUATA DE ALGODÓN, REPELENTE DE AGUA, LONGITUD DE 5 MTS. X 10 CM. DE ANCHO.                                                                      | 25400539    | 120.00   | 300.00          | PIEZA   | 6.83            | 819.60              | 2,049.00                 |
| Cantidad Solicitada: |          |                                                                                                                                                          |             |          |                 |         |                 |                     |                          |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 25-02-2022 AL 30-03-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 45

|                     |
|---------------------|
| FECHAS DE ENTREGA : |
| Fecha Mínima:       |
| Fecha Máxima:       |

(Ciento Cincuenta y cinco Mil Noventa Pesos 84/100 M.N.)

|                  | MINIMOS      | MAXIMOS                      |
|------------------|--------------|------------------------------|
| Importe:         | \$ 53,479.60 | Importe: \$ 133,699.00       |
| Descuento:       | \$ 0.00      | Descuento: \$ 0.00           |
| SubTotal:        | \$ 53,479.60 | SubTotal: \$ 133,699.00      |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00      | Otros Impuestos: \$ 0.00     |
| Sub Total 2:     | \$ 53,479.60 | Sub Total 2: \$ 133,699.00   |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 8,556.74  | Impuesto I.V.A: \$ 21,391.84 |
| Total:           | \$ 62,036.34 | Total: \$ 155,090.84         |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>PROVEEDORA NACIONAL DE MATERIAL DE CURACION,</b><br><b>S.A. DE C.V.</b><br><b>5 DE FEBRERO N° 809</b><br><b>ALAMOS</b><br><b>03400</b><br><b>CIUDAD DE MEXICO DELEG. BENITO JUAREZ,</b><br><b>PNM 8604219NA</b><br><b>PRONAMAC@PRODIGY.NET.MX</b> |  | NUMERO<br><b>002050</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>48223<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>NO (        ) |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                                                     |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                             |  |
| DIA <b>25</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                      |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número</b><br><b>5430/143/2022, con cargo a recursos</b><br><b>fiscales, de conformidad con el Art. 51 de</b><br><b>la L.A.A.S.S.P.</b> |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                                           |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0316/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002610-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                              |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                                              |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>HUGO RAFAEL VAZQUEZ JIMENEZ</b><br><br>FIRMA:                                                                   |  |                                                                                                                                                                                              |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>41-V</b><br><b>CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR</b> |  |
| <h2 style="text-align: center;">CONTRATO</h2> ART. 47 LAASSP        SA ( <input checked="" type="checkbox"/> )        NA (    )<br>ART. 48 LAASSP        SA ( <input checked="" type="checkbox"/> )        NA (    )                   |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    22,917                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                              |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E124-2022</b>                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  | TELEFONO Y FAX: <b>55901321/55795400/56961551/ FAX 55792811</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 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>25</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | FECHA:                            DIA            MES            AÑO                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                    |  |

| 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 |
|---------|--------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
|---------|--------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|

|                                 |                                        |                                            |                                     |
|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)      | JEFE DEL DEPARTAMENTO                  | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN |
| <b>ADRIANA MALDONADO POPOCA</b> | <b>LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZALEZ</b> | <b>L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ</b>        | <b>C.P. CIPRIANO SOLIS BADILLO</b>  |

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

**PROVEEDOR**