

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|  <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>DEVELOPMENT INSERTION MATERIAL & ACCESS CARE,<br>S.A. DE C.V.<br>EJE 3 SUR, BAJA CALIFORNIA N°, 177 D-603<br>ROMA SUR, DELG. CUAUHTEMOC<br>06760<br>CIUDAD DE MEXICO<br>DIM 090707PF4<br>BLOM_SINGER@HOTMAIL.COM |  | NUMERO<br><b>000712</b>                                                                                                                                                           | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                    | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                  |
| DIA <b>09</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2023</b>                                                                                                                                                                        |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>20,611                                                                                                                                                    | OBSERVACIONES:<br><br>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO NÚMERO<br>5430/105/2023, CON CARGO A RECURSOS<br>FISCALES, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 51 DE LA<br>L.A.A.S.S.P. | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                  |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0370/23</b>                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUERENTE<br>-02430-                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( <b>X</b> )<br>NO (   )                                                                                                                              |                                                                                                                                                             | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                     |
| REQUISICION No.<br>-REQ: 000042-                                                                                                                                                                                   |  | 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>ADJUDICACION DIRECTA |                                                                                                                                                             |                                                                         |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>GABRIELA ROMERO LOPEZ</b>                                                                                                                                                     |  | FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL: 20,611                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><br>DIA       MES       AÑO    |
| CARGO:                                                                                                                                                                                                             |  | TELÉFONO Y FAX: <b>TEL-FAX 5668-2088</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:                                                                                                                                                                                                             |  | DIA       MES       AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                         |

| 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     | 13072253 | CAJA CON 15 PAQUETES DE COTONOIDES GRANDES CON 10 COTONOIDES CADA PAQUETE | 25400206    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 2,788.01        | 0.00                          | 5,576.02                      |
|         |          | Cantidad Solicitada: 2                                                    |             |        |                 |        |                 |                               |                               |

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 09-02-23 |
| Fecha Máxima:       | 17-02-23 |

(seis Mil Cuatrocientos Sesenta y ocho Pesos 18/100 M.N.)

| MINIMOS          |         | MAXIMOS          |             |
|------------------|---------|------------------|-------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | Importe:         | \$ 5,576.02 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | Descuento:       | \$ 0.00     |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | SubTotal:        | \$ 5,576.02 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | Otros Impuestos: | \$ 0.00     |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | Sub Total 2:     | \$ 5,576.02 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ 892.16   |
| Total:           | \$ 0.00 | Total:           | \$ 6,468.18 |

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

PROVEEDOR