

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>RYSE MEDICA, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>AMSTERDAM 46 PISO 1</b><br><b>HIPODROMO, ALC. CUAUHTEMOC</b><br><b>06100</b><br><b>CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>RME-080515-UD4</b><br><b>LMENDOZA@RYSEMEDICA.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>002218</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>43,428<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO ( <b>X</b> ) |  | 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>04</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número 5430/338/2022, 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>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0498/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUERENTE<br><b>-002451-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
| REQUISICION No.<br><b>-</b>                                                                                                                                                                                                            |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>LAURA INDIRA MENDOZA ESQUIVEL</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>42</b><br><b>ADJUDICACION DIRECTA</b> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CARGO:                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E273-2022</b><br><br>DIA        MES        AÑO                                                                                    |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP        SA (    )        NA ( X )</b><br><br><b>ART. 48 LAASSP        SA (    )        NA ( X )</b>                                                                                            |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    51,644                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | TELEFONO Y FAX: <b>52-86-66-00/52-86-78-44</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>04</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 |        | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. |           |
|---------|----------|------------------------------------------------------|-------------|----------|--------|--------|-----------------|------------------------|-----------|
|         |          |                                                      |             | MINIMA   | MAXIMA |        |                 | MINIMO                 | MAXIMO    |
| 001     | 13073437 | LANCETAS PARA TIEMPOS DE COAGULACION JACT+ HEMOCHRON | 25400100    | 0.00     | 3.00   | CAJA   | 5,200.00        | 0.00                   | 15,600.00 |
|         |          | Cantidad Solicitada:                                 | 3           |          |        |        |                 |                        |           |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 25-04-2022 AL 05-05-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 374

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 25-04-22 |
| Fecha Máxima:       | 05-05-22 |

(Dieciocho Mil Noventa y seis Pesos 00/100 M.N.)

| MINIMOS          |    |      | MAXIMOS          |    |           |
|------------------|----|------|------------------|----|-----------|
| Importe:         | \$ | 0.00 | Importe:         | \$ | 15,600.00 |
| Descuento:       | \$ | 0.00 | Descuento:       | \$ | 0.00      |
| SubTotal:        | \$ | 0.00 | SubTotal:        | \$ | 15,600.00 |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00 | Otros Impuestos: | \$ | 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00 | Sub Total 2:     | \$ | 15,600.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00 | Impuesto I.V.A:  | \$ | 2,496.00  |
| Total:           | \$ | 0.00 | Total:           | \$ | 18,096.00 |

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

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

PROVEEDOR