

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20</b><br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (    X    )                     |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                                                     |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                        |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                            |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                                                                                          |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                        |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                   |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número</b><br><b>5430/343/2022, 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 PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                           |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASP    SA (    )    NA ( X    )</b><br><b>ART. 48 LAASP    SA (    )    NA ( X    )</b>                                                                                                            |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                       |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASP).<br><b>42</b><br><b>ADJUDICACION DIRECTA</b>      |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA    MES    AÑO |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                                                                                                                                                                                                                                |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</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                    |  |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLAVE CUCOP | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------------------|-------------------------------|
| 001     | 13075918 | TRAMPA DE AGUA PARA MONITOR PARA DETERMINACION DE CO2 EXHALADO, TIPO NO INVASIVO, PARA SER USADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, CARCA NONIN, EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL. CAJA C/20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada:        2                                                                            | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,291.43        | 0.00                | 12,582.86                     |
| 002     | 13075927 | CANULA NASAL, PEDIATRICA PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada:        2                           | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                | 12,048.58                     |
| 003     | 13075928 | CANULA NASAL, ADULTO PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada:        2 | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                | 12,048.58                     |

**NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 1-05-2022 AL 30-05-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 348**

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| <b>FECHAS DE ENTREGA :</b> |                 |
| Fecha Mínima:              | <b>19-05-22</b> |
| Fecha Máxima:              | <b>30-06-22</b> |

(Cuarenta y dos Mil Quinientos Cuarenta y ocho Pesos 82/100 M.N.)

|                  | MINIMOS | MAXIMOS      |
|------------------|---------|--------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | \$ 5,868.80  |
| Total:           | \$ 0.00 | \$ 42,548.82 |

|                                 |                                        |                                            |                                     |
|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA)      | JEFE DEL DEPARTAMENTO                  | Vc. 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>  |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA                                                                                                                                               |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                   |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                              |  | CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20<br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( <b>X</b> )                                                         |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número 5430/343/2022, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b>                           |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                  |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b>                                                                                                                                  |  |                                                                                                                               |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                                               |  |                                                                                                            |  | 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> |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                    |  |                                                                                                                                                                                               |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b> |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA                      MES                      AÑO                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17 CONMUTADOR                                                                                                                  |  |

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

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

PROVEEDOR

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20</b><br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (   X   ) | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b><br><br>OBSERVACIONES:<br><br>Se autoriza mediante oficio número<br><b>5430/343/2022</b> , con cargo a recursos<br>fiscales, de conformidad con el Art. 51 de<br>la L.A.A.S.S.P. | FECHA ENTREGA<br>SEGUN PROGRAMA<br><br>CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b><br><br>CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b><br><br>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><br><br>NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA    MES    AÑO |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b><br><br>NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b><br><br>AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b> | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                           | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                              | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CONTRATO</b><br><br>ART. 47 LAASP    SA (    )    NA ( X   )<br>ART. 48 LAASP    SA (    )    NA ( X   )                                                                                                                            |                                                                             | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</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 | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13075918 | TRAMPA DE AGUA PARA MONITOR PARA DETERMINACION DE CO2 EXHALADO, TIPO NO INVASIVO, PARA SER USADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, CARCA NONIN, EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL. CAJA C/20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                                                                            | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,291.43        | 0.00                          | 12,582.86                     |
| 002     | 13075927 | CANULA NASAL, PEDIATRICA PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                           | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                          | 12,048.58                     |
| 003     | 13075928 | CANULA NASAL, ADULTO PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2 | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                          | 12,048.58                     |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 1-05-2022 AL 30-05-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 348

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 19-05-22 |
| Fecha Máxima:       | 30-06-22 |

(Cuarenta y dos Mil Quinientos Cuarenta y ocho Pesos 82/100 M.N.)

|                  | MINIMOS | MAXIMOS      |
|------------------|---------|--------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | \$ 5,868.80  |
| Total:           | \$ 0.00 | \$ 42,548.82 |

|                            |                                 |                                            |                                     |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vc. 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         |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA                                                                                                                                               |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                   |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                              |  | CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20<br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( <b>X</b> )                                                         |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número 5430/343/2022, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b>                           |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:<br><br>CARGO:<br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                  |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b><br><b>ART. 48 LAASSP SA ( ) NA ( X )</b>                                                                                                                                  |  |                                                                                                                               |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b><br><br>FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                                               |  |                                                                                                            |  | 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> |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                    |  |                                                                                                                                                                                               |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b> |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA                      MES                      AÑO                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17 CONMUTADOR                                                                                                                  |  |

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

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

PROVEEDOR

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20</b><br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (   X   ) | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b><br><br>OBSERVACIONES:<br><br>Se autoriza mediante oficio número<br><b>5430/343/2022</b> , con cargo a recursos<br>fiscales, de conformidad con el Art. 51 de<br>la L.A.A.S.S.P. | FECHA ENTREGA<br>SEGUN PROGRAMA<br><br>CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b><br><br>CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b><br><br>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><br><br>NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA    MES    AÑO |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b><br><br>NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b><br><br>AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b> | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                           | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                              | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CONTRATO</b><br><br>ART. 47 LAASP    SA (    )    NA ( X   )<br>ART. 48 LAASP    SA (    )    NA ( X   )                                                                                                                            |                                                                             | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</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 | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13075918 | TRAMPA DE AGUA PARA MONITOR PARA DETERMINACION DE CO2 EXHALADO, TIPO NO INVASIVO, PARA SER USADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, CARCA NONIN, EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL. CAJA C/20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                                                                            | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,291.43        | 0.00                          | 12,582.86                     |
| 002     | 13075927 | CANULA NASAL, PEDIATRICA PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                           | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                          | 12,048.58                     |
| 003     | 13075928 | CANULA NASAL, ADULTO PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2 | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                          | 12,048.58                     |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 1-05-2022 AL 30-05-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 348

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 19-05-22 |
| Fecha Máxima:       | 30-06-22 |

(Cuarenta y dos Mil Quinientos Cuarenta y ocho Pesos 82/100 M.N.)

|                  | MINIMOS | MAXIMOS      |
|------------------|---------|--------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | \$ 5,868.80  |
| Total:           | \$ 0.00 | \$ 42,548.82 |

|                            |                                 |                                            |                                     |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vc. 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         |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA                                                                                                                                               |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                   |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                              |  | CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20<br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( <b>X</b> )                                                         |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número 5430/343/2022, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b>                           |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                 |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | CARGO:                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                            |  | 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> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                            |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b>                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b>                                                                                                                                                        |  |                                                                                                            |  | DIA      MES      AÑO                                                                                                                                                                    |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                    |  |                                                                                                                                                                                               |  | 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                                                                                                                  |  |

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

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

PROVEEDOR

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b><br><br><b>CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20</b><br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br><br>LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI (    )<br>NO (    X    )                     |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                                                     |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                        |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                            |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                                                                                          |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                        |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                   |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número</b><br><b>5430/343/2022, 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 PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                           |  |
| <b>CONTRATO</b><br><br><b>ART. 47 LAASP    SA (    )    NA ( X    )</b><br><b>ART. 48 LAASP    SA (    )    NA ( X    )</b>                                                                                                            |  | CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                       |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASP).<br><b>42</b><br><b>ADJUDICACION DIRECTA</b>      |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b><br><br>DIA    MES    AÑO |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                                                                                                                                                                                                                                |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</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                    |  |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CLAVE CUCOP | MINIMA | CANTIDAD MAXIMA | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|---------------------|-------------------------------|
| 001     | 13075918 | TRAMPA DE AGUA PARA MONITOR PARA DETERMINACION DE CO2 EXHALADO, TIPO NO INVASIVO, PARA SER USADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, CARCA NONIN, EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL. CAJA C/20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                                                                            | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,291.43        | 0.00                | 12,582.86                     |
| 002     | 13075927 | CANULA NASAL, PEDIATRICA PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2                           | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                | 12,048.58                     |
| 003     | 13075928 | CANULA NASAL, ADULTO PARA SUMINISTRO DE OXIGENO Y DETERMINACION DE CO2, EXHALADO TIPO NO INVASIVO, CON CONECTOR LUER LOCK, MACHO DE 2.1 MTS DE LONGITUD, PARA SER UTILIZADO EN EQUIPO DE DETERMINACION DE CAPNOGRAFIA Y CAPNOMETRIA NO INVASIVA, MARCA NONIN. EQUIPO PROPIEDAD DEL HOSPITAL CAJA C/ 20 PIEZAS<br>Cantidad Solicitada: 2 | 25400611    | 0.00   | 2.00            | CAJA   | 6,024.29        | 0.00                | 12,048.58                     |

NOTA: CONTRATO CON VIGENCIA DEL 1-05-2022 AL 30-05-2022 CON CARGO A LA REQUISICIÓN NO. 348

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 19-05-22 |
| Fecha Máxima:       | 30-06-22 |

(Cuarenta y dos Mil Quinientos Cuarenta y ocho Pesos 82/100 M.N.)

|                  | MINIMOS | MAXIMOS      |
|------------------|---------|--------------|
| Importe:         | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Descuento:       | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| SubTotal:        | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00 | \$ 0.00      |
| Sub Total 2:     | \$ 0.00 | \$ 36,680.02 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 0.00 | \$ 5,868.80  |
| Total:           | \$ 0.00 | \$ 42,548.82 |

|                            |                                 |                                            |                                     |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO           | Vc. 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         |

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <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>NEUMEDICA HOMCARE, S.A. DE C.V.</b> |  | NUMERO<br><b>002915</b><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA                                                                                                                                               |  | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                   |  | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                                                                                                                                   |  |
| DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>2</b> DE <b>2</b>                                                                                              |  | CALLE MONTECITO NO. EXT. 38 INT. PISO 20<br><b>OFICINA 7, COL. NAPOLES</b><br><b>03810</b><br><b>BENITO JUEREZ, CIUDAD DE MÉXICO</b><br><b>NHO170614M8A</b><br><b>VENTAS@NEUMEDICA.COM.MX</b> |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( )<br>NO ( <b>X</b> )                                                         |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>Se autoriza mediante oficio número 5430/343/2022, con cargo a recursos fiscales, de conformidad con el Art. 51 de la L.A.A.S.S.P.</b>                           |  |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0593/22</b>                                                                                                                                                                                               |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002210-</b>                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                   |  |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. DIANA GARCIA GARCIA</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                 |  |                                                                                                            |  | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | CARGO:                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                            |  | 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> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | NÚMERO DE PODER NOTARIAL:                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                            |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E376-2022</b>                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                               |  | TELEFONO Y FAX: <b>55 8435-0150/83</b>                                                                                                                                                        |  |                                                                                                            |  | DIA      MES      AÑO                                                                                                                                                                    |  |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>19</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2022</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM04                                                    |  |                                                                                                                                                                                               |  | 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                                                                                                                  |  |

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

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

PROVEEDOR