

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO<br/>FEDERICO GÓMEZ<br/>DR. MARQUEZ No. 162<br/>C.P. 06720 CIUDAD DE MEXICO<br/>HIM871203BS0</div> |  | PROVEEDOR (NOMBRE, DOMICILIO FISCAL, R.F.C.<br>PROVEEDOR NACIONAL Y EXTRANJERO)<br><br>MEDSTENT, S.A. DE C.V.<br><br>TABASCO N°. 294-302<br>ROMA DELG. CUAUHTEMOC<br>06700<br>CIUDAD DE MEXICO<br>MED950301RK2<br>RACHELR@MEDSTENT.COM.MX                          |  | NUMERO<br><b>002704</b><br><br>ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>61,943<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>10</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2019</b>                                                                                                                                                                        |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                   |  | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/0080/2019<br/>CON CARGO A RECURSOS PROPIOS DE ACUERDO AL<br/>ART. 51 DE LA L.A.A.S.S.P.</b> |                                                          | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                          |
| NO. CONTRATO<br><br><b>RM-AF-0105/19</b>                                                                                                                                                                           |  | AREA REQUERENTE<br><b>-02450-</b>                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      |                                                          | CONDICIONES DE PAGO<br><b>PARCIAL</b>                                                                                                                                             |
| REQUISICION No.<br><b>-REQ: 000181-</b>                                                                                                                                                                            |  | SESION COMITE No.<br><br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                      |                                                          | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>42</b><br>ADJUDICACIÓN DIRECTA |
| <div>CONTRATO</div> <div>CERRADO (    )    ABIERTO (    X    )</div> <div>ART. 48 LAASSP    SA (    X    )    NA (    )</div>                                                                                      |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>C. JENNY RACHEL ROMERO VALDES</b><br><br>FIRMA:<br><br><br>CARGO:<br><br><br>NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    129,342<br><br>TELÉFONO Y FAX: <b>(55) 52-08-69-50</b><br><br>FECHA:                      DIA        MES        AÑO |  |                                                                                                                                                      |                                                          | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E127-2019</b><br><br>DIA        MES        AÑO                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                    |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                                                                                         |  | TELÉFONOS :<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 NETO M.N. MINIMO | PRECIO TOTAL NETO M.N. MAXIMO |
|---------|----------|----------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------|--------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 001     | 13071161 | VÁLVULA BIOLÓGICA ST. JUDE<br>Cantidad Solicitada: | 25400531    | 4      | 10.00           | PIEZA  | 23,100.00       | 92,400.00                     | 231,000.00                    |
| 002     | 13071188 | VÁLVULA MECÁNICA ST. JUDE<br>Cantidad Solicitada:  | 25400531    | 4      | 10.00           | PIEZA  | 19,950.00       | 79,800.00                     | 199,500.00                    |

NOTA: CONTRATO ABIERTO CON VIGENCIA DEL 15 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

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

|                  | MINIMOS       | MAXIMOS                      |
|------------------|---------------|------------------------------|
| Importe:         | \$ 172,200.00 | Importe: \$ 430,500.00       |
| Descuento:       | \$ 0.00       | Descuento: \$ 0.00           |
| SubTotal:        | \$ 172,200.00 | SubTotal: \$ 430,500.00      |
| Otros Impuestos: | \$ 0.00       | Otros Impuestos: \$ 0.00     |
| Sub Total 2:     | \$ 172,200.00 | Sub Total 2: \$ 430,500.00   |
| Impuesto I.V.A:  | \$ 27,552.00  | Impuesto I.V.A: \$ 68,880.00 |
| Total:           | \$ 199,752.00 | Total: \$ 499,380.00         |

(Cuatrocientos Noventa y nueve Mil Trescientos Ochenta Pesos 00/100 M.N.)

|                            |                              |                                            |                                        |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| COMPRADOR (NOMBRE Y FIRMA) | JEFE DEL DEPARTAMENTO        | Vo. Bo. SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES | AUTORIZÓ DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN    |
| ADRIANA MALDONADO POPOCA   | L.C. JUAN ANTONIO GAMA GOMEZ | LIC. NICOLÁS GONZÁLEZ BUSTOS               | C.P. CARLOS ROGELIO PLASCENCIA PACHECO |

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

PROVEEDOR