

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  <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>DISTRIBUIDORA DE EQUIPO AUDIOLOGICO, S.A. DE C.V.</b><br><b>RIO PANUCO #183</b><br><b>CUAUHTEMOC</b><br><b>06500</b><br><b>MEXICO, D.F. DELEG. CUAUHTEMOC</b><br><b>DEA-811021-MY5</b><br><b>DEASACV@GPOAUDANESES.COM.MX</b> |  | NUMERO<br><b>000664</b>                                                                                                                                                                                     | LUGAR DE ENTREGA <b>13</b><br><b>ALMACEN DE FARMACIA</b>                                                                                                          | FECHA ENTREGA<br><b>SEGUN PROGRAMA</b>                                     |
| DIA <b>04</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2019</b>                                                                                                                                                                                            |  | HOJA No.<br><b>1</b> DE <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | ACTA<br>CONSTITUTIVA<br>70843                                                                                                                                                                               | OBSERVACIONES:<br><br><b>AUTORIZADO MEDIANTE OFICIO 5430/0196/2019</b><br><b>CON CARGO A RECURSOS FISCALES DE ACUERDO AL</b><br><b>ART. 51 DE LA L.A.A.S.S.P.</b> | CONDICIONES DE ENTREGA<br><b>TOTAL</b>                                     |
| NO. CONTRATO<br><b>RM-AF-0149/19</b>                                                                                                                                                                                                   |  | AREA REQUIRIENTE<br><b>-002140-</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | LICENCIA O<br>PERMISO<br>SI ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>NO ( <input type="checkbox"/> )                                                                                                      |                                                                                                                                                                   | CONDICIONES DE PAGO<br><b>TOTAL</b>                                        |
| REQUISICION No.<br>-                                                                                                                                                                                                                   |  | SESION COMITE No.<br>FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | PROCEDIMIENTO DE ADQUISICION Y<br>FUNDAMENTO LEGAL DE LA LEY DE<br>ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y<br>SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO (LAASSP).<br><b>41-I</b><br><b>NO EXISTAN BIENES O SERVICIOS ALTERNA</b> |                                                                                                                                                                   |                                                                            |
| <b>CONTRATO</b><br><b>CERRADO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ABIERTO ( <input type="checkbox"/> )</b><br><b>ART. 48 LAASSP</b> <b>SA ( <input type="checkbox"/> ) NA ( <input checked="" type="checkbox"/> )</b>              |  | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL<br><b>ANTONIO MARTINEZ ARGUMEDO</b><br><br>FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                       |  | NO. DE PROCEDIMIENTO Y FECHA DE FALLO<br><b>AA012NBG003E173-2019</b><br>DIA      MES      AÑO                                                                                                               |                                                                                                                                                                   | TELEFONOS :<br><br>57 61 03 81<br>57 61 72 53<br>52 28 99 17    CONMUTADOR |
| FECHA DE AUTORIZACION:<br>SUBDIRECCION RECURSOS FINANCIEROS<br>DIA <b>04</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2019</b>                                                                                                                             |  | AUTORIZACION PRESUPUESTO<br>CLAVE PROGRAMATICA Y TIPO DE RECURSO<br>00AM03                                                                                                                                                                                                                                             |  | PARTIDA PRESUPUESTAL (No. Y NOMBRE)<br><b>25401</b><br><b>MATERIALES, ACCESORIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                   |                                                                            |
| NÚMERO DE PODER NOTARIAL:    22,974                                                                                                                                                                                                    |  | TELEFONO Y FAX: <b>5535-3672 FAX 5703-1501</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |                                                                            |
| FECHA:                      DIA                      MES                      AÑO                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                   |                                                                            |

| PARTIDA | CODIGO   | DESCRIPCION DE LOS BIENES                                                          | CLAVE CUCOP | CANTIDAD |        | UNIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL NETO M.N. |              |
|---------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|--------|--------|-----------------|------------------------|--------------|
|         |          |                                                                                    |             | MINIMA   | MAXIMA |        |                 | MINIMO                 | MAXIMO       |
| 001     | 13071706 | AUXILIAR AUDITIVO TIPO CURVETA RETROAURICULAR PARA HIPOACUSIAS SEVERAS A PROFUNDAS | 25400001    | 0        | 175.00 | PIEZA  | 12,900.00       | 0.00                   | 2,257,500.00 |
|         |          | Cantidad Solicitada:      175                                                      |             |          |        |        |                 |                        |              |

CONTRATO PROGRAMADO, DERIVADO DE LA ONCEAVA SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL COMITE DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS, LLEVADA A CABO EL DIA 31-05-2019.

|                     |          |
|---------------------|----------|
| FECHAS DE ENTREGA : |          |
| Fecha Mínima:       | 10-06-19 |
| Fecha Máxima:       | 19-06-19 |

|                  |    | MINIMOS |                  | MAXIMOS |              |
|------------------|----|---------|------------------|---------|--------------|
| Importe:         | \$ | 0.00    | Importe:         | \$      | 2,257,500.00 |
| Descuento:       | \$ | 0.00    | Descuento:       | \$      | 0.00         |
| SubTotal:        | \$ | 0.00    | SubTotal:        | \$      | 2,257,500.00 |
| Otros Impuestos: | \$ | 0.00    | Otros Impuestos: | \$      | 0.00         |
| Sub Total 2:     | \$ | 0.00    | Sub Total 2:     | \$      | 2,257,500.00 |
| Impuesto I.V.A:  | \$ | 0.00    | Impuesto I.V.A:  | \$      | 361,200.00   |
| Total:           | \$ | 0.00    | Total:           | \$      | 2,618,700.00 |

(dos Millones Seiscientos Dieciocho Mil Setecientos 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