

P E D I D O

PROVEEDOR	ACCESOFARM, S.A. DE C.V.	No. DE PEDIDO	18/10/631
DOMICILIO	DR. FEDERICO GOMEZ No. 148 COL. DOCTORES DEL. CUAUHTEMOC	FECHA	02/10/2018
R.F.C.	ACCC0001122E7 C.P. 6720	PROGRAMA	FPGC2017
CD. Y EDO.	CIUDAD DE MEXICO TEL. / FAX 55199431	FOLIO SOL. ADQ. R.M.	00949
CONDICIONES DE ENTREGA	60 DIAS HABILIS	CONDICIONES DE PAGO	45DIAS
		TRANSPORTE	

FACTURAR A:			DATOS DE ENTREGA						
CLIENTE	SALUD DE TLAXCALA		UNIDAD	HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA / ATN. LIC. CLAUDIA					
R.F.C.	STL961105HT8		DOMICILIO	CALLE 20 DE NOV. S/N CARRETERA A SN. DAMIAN TLACOCALPAN KM. 2.5 COMUNIDAD DE SAN MATIAS TEPETOMATITLAN.					
DIRECCIÓN	IGNACIO PICAZO NORTE. No. 25 SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA COL. CENTRO C.P. 90800		C.P.	TELÉFONO	2464651700 EXT. 266				
ARTICULO	PARTIDA	DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ARTICULO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	IVA	TOTAL	
	2591	MILICURIE: (UNIDAD DE MEDIDA DE RADIOACTIVIDAD EQUIVALENTE A 3.7 X 10 A LA 7 DESINTEGRACIONES POR SEGUNDO) LOS SIGUIENTES RADIOFARMACOS:							
080.825.1334	2591	GALIO-67: 5mCi. MARCA ACCESOFARM.	mCi	1	6,380.00	6,380.00	1,020.80	7,400.80	
080.825.1342	2591	GALIO-67: 3mCi. MARCA ACCESOFARM.	mCi	2	3,835.65	7,671.30	1,227.41	8,898.71	
080.825.1458	2591	MIBG 2mCi MARCA ACCESOFARM.	mCi	1	9,264.15	9,264.15	1,482.26	10,746.41	
080.825.1359	2591	TECNECIO-99M HMDP 20-30mCi MARCA ACCESOFARM	mCi	2	1,625.00	3,250.00	520.00	3,770.00	
080.825.1367	2591	TECNECIO-99M HMDP 20-30mCi MARCA ACCESOFARM	mCi	1	1,625.00	1,625.00	260.00	1,885.00	
080.825.1227	2591	TECNECIO-99M MIBI 10 mCi MARCA ACCESOFARM	mCi	2	1,690.00	3,380.00	540.80	3,920.80	
080.825.1235	2591	TECNECIO-99M MIBI 20 mCi MARCA ACCESOFARM	mCi	1	3,380.00	3,380.00	540.80	3,920.80	
080.825.1284	2591	TECNECIO-99M 5-10 mCi. MARCA ACCESOFARM	mCi	4	1,365.00	5,460.00	873.60	6,333.60	
080.825.0914	2591	TALIO 201 6 mCi. MARCA ACCESO FARM	mCi	1	7,410.00	7,410.00	1,185.60	8,595.60	
080.825.1326	2591	TALIO 201 3 mCi MARCA ACCESO FARM	mCi	1	3,705.00	3,705.00	592.80	4,297.80	
080.825.1417	2591	YODO 131 5-10 mCi. MARCA ACCESO FARM	mCi	2	2,080.00	4,160.00	665.60	4,825.60	
080.825.1466	2591	YODO 131 10-150 mCi. MARCA ACCESO FARM	mCi	1	3,185.00	3,185.00	509.60	3,694.60	
080.825.0153	2591	YODO 131 500uCi-1 mCi. MARCA ACCESO FARM	mCi	2	1,852.36	3,704.72	592.76	4,297.48	
080.825.0427	2591	YODO 131 5-10 mCi. MARCA ACCESO FARM	mCi	1	2,080.00	2,080.00	332.80	2,412.80	
(SETENTA Y CINCO MIL PESOS 00/100 M.N.)									
USO O DESTINO DEL ARTICULO O BIEN ADQUIRIDO.									
HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA.						TOTAL	64,655.17	10,344.83	75,000.00

OBSERVACIONES: RECURSO FONDO DE GASTOS CATASTROFICOS 2017 SOLICITUD DE ADQUISICION FOLIO No. 0949 CON FUNDAMENTO LEGAL ART. 38 FRACCION II DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTO Y SERVICIOS DEL ESTADO DE TLAXCALA Y EL ART. 54 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE TLAXCALA, SE REALIZA ESTA ADJUDICACIÓN CON EL ÚNICO PROVEEDOR QUE CUMPLE CON LAS LICENCIAS VIGENTES AUTORIZADAS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD NUCLEAR Y SALVAGUARDAS PARA PODER OPERAR, ADQUIRIR Y TRANSPORTAR MATERIAL REQUERIDO POR EL ÁREA DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA "INSUMOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE GAMAGRAMAS, ESTUDIOS REALIZADOS CON EL EQUIPO QUE SE ENCUENTRA EN EL ÁREA DE MEDICINA NUCLEAR DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS.

USO O DESTINO: HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA.

<p>ELABORO</p>  <p>C.P. Ma. ARACELI ZAMORA CASTILLO AREA DE ADQUISICIONES</p>	<p>REVISO</p>  <p>LIC. VERÓNICA HERNÁNDEZ PÉREZ JEFA DE OFICINA DE ADQUISICIONES</p>	<p>AUTORIZO</p>  <p>C.P. BLANCA AZUCENA CORTEZ ZARATE JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES</p>
NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA

UIU--En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Estado de Tlaxcala, así como los correlativos de su Reglamento, este pedido se sujeta al contenido de las siguientes CLÁUSULAS, mismas que se plasman de manera enunciativa mas no limitativa.

PRIMERA. Objeto.- "El proveedor" se compromete a entregar los bienes, insumos o productos, y/o servicios referidos al reverso del presente, en la marca, características y/o condiciones, correspondientes a la cotización emitida por el mismo.

SEGUNDA. Precio.- "El proveedor", se compromete a respetar el precio pactado en el presente pedido.

TERCERA.- Forma de pago.- "Salud de Tlaxcala" cubrirá el importe del presente pedido, dentro de los cuarenta días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de presentación de la factura debidamente requisitada, en la ventanilla del departamento de recursos materiales de Salud de Tlaxcala. La factura deberá llevar sello de recibo que acredite que la entrega de los insumos o productos, se realizaron de manera satisfactoria, mismas que serán expedidas y firmadas por el responsable o la persona encargada del área; pago que se realizara mediante cheque bancario nominativo o transferencia bancaria, en el número de cuenta que proporcione "El proveedor".

FACTURAR A NOMBRE DE: SALUD DE TLAXCALA.

R. F. C. STL961105HT8

DOMICILIO. CALLE IGNACIO PICAZO NORTE NÚMERO VEINTICINCO (25), DEL MUNICIPIO DE SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA;

CÓDIGO POSTAL: 90800

CUARTA.-Condiciones de pago.-"El proveedor" se compromete a firmar el presente pedido por su lado anverso y reverso, para lo cual deberá presentarse en el Departamento de Recursos Materiales del O.P.D. Salud de Tlaxcala; siendo requisito indispensable para el pago correspondiente.

QUINTA.- Condiciones de entrega- "El proveedor" se compromete a realizar la entrega del pedido en el lugar (es) que "Salud de Tlaxcala" le indique, sin costo adicional alguno. En el supuesto de que se verifique los productos o insumos entregados por "El proveedor", no cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas se procederá al rechazo de los mismos, comprometiéndose "El proveedor" a realizar el canje en un lapso no mayor a tres días hábiles.

SEXTA.- Garantía de cumplimiento, calidad y vicios ocultos.- "El proveedor" garantiza el cumplimiento, la calidad y los vicios ocultos sobre las obligaciones a su cargo, por el periodo amparado en este pedido u orden de servicio de los bienes o servicios en el lugar de entrega a través de cheque certificado, cheque cruzado, a favor de Salud de Tlaxcala, la presente garantía deberá entregarse dentro de los 5 días naturales siguientes a la firma del pedido, conforme los siguientes importes:

TIPO DE COMPRA	IMPORTE MONTO MÁXIMO	IMPORTE A GARANTIZAR (10%)	DOCUMENTO
ADJUDICACIÓN DIRECTA	HASTA \$10,000.00	\$1,000.00	SIN GARANTÍA
	DE \$10,001.00 HASTA \$200,000.00	\$1,001.00 A \$20,000.00	CHEQUE CRUZADO
	DE \$200,001.00 EN ADELANTE	\$20,001.00	CHEQUE CERTIFICADO DE CAJA O GARANTÍA.

*LOS IMPORTES ANTERIORES DEBERÁN CONSIDERARSE SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.

SÉPTIMA.- Penas convencionales.- "El proveedor" que no cumpla con las obligaciones contraídas y estipuladas en el presente instrumento; se descontará el 0.7 por ciento por cada día de atraso hasta cinco días, posteriormente se le cobrara el 10% antes de I.V.A., en el cumplimiento de la entrega de los bienes o servicios".

OCTAVA.- Vigencia.- EL presente pedido tendrá una vigencia del día 02 de octubre de 2018 al día 31 de diciembre de 2018; no obstante "El proveedor" se compromete a dar cumplimiento a todas las obligaciones estipuladas en el presente.

La aceptación de las condiciones y cláusulas de este pedido se entienden por hechas con la confirmación por "El proveedor" a través de correo electrónico y/o vía telefónica del mismo.

ACEPTO DE CONFORMIDAD



REPRESENTANTE

NOMBRE Y FIRMA

FECHA DE NOTIFICACIÓN