



**SESA**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

## ORDEN DE SERVICIO

Dirección de Administración  
Departamento de Recursos Materiales

FOLIO SOL. ADQ. R.M. **061021-827**

ORDEN NUM. **184**

PROGRAMA **FASSA, RAMO-33 / 2021**

PRESTADOR DE SERVICIO **GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA / I. T. A. E. S.**

R.F.C. **GET850101110** DOMICILIO: **20 DE NOVIEMBRE S/N, KM 2.5 TEPETOMATITLAN, APETATITLÁN, TLAX. 90620**

**CHIAUTEMPAN, TLAX., A 18 DE OCTUBRE DE 2021.**

UNIDAD SOLICIT **PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA, ITS Y HEPATITIS C**

FACTÚRESE A	NOMBRE	RFC	DOMICILIO
	<b>SALUD DE TLAXCALA</b>	<b>STL961105H T8</b>	<b>IGNACIO PICAZO NTE. No.25 CHIAUTEMPAN COL. CENTRO C.P. 90800</b>

PARTIDA PRESUPUESTAL	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	COSTO UNITARIO	IMPORTE
<b>3391</b>	<b>SUBCONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON TERCEROS.</b> Descripción Adicional: <b>SERVICIO DE ESTUDIOS MEDICOS</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>1</b>	<b>\$ 185,000.00</b>	<b>\$ 185,000.00</b>
	INCLUYE: FLUOROSCOPIA Y RADIOLOGIA SIMPLE DIGITALIZADA (PARA ESTUDIOS ESPECIALES DIGITALIZADOS) ULTRASONIDOS DE ALTA GAMA CON 4-D, CON DOPPLER COLOR, ELASTOGRAFIA, RECONSTRUCCION VASCULAR Y CORTES TOMOGRAFICOS. RESONANCIA MAGNETICA DE 1.5 TESLAS. TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTICORTE TAC CRANEO CONTRASTADO <b>LOS ESTUDIOS SE SOLICITAN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y/O REQUIERA EL PROGRAMA</b> <b>SE ANEXA EL CATALOGO DE ESTUDIOS</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>OBSERVACIONES</b>			<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 185,000.00</b>	<b>\$ 185,000.00</b>
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b> CON FUNDAMENTO EN EL EN EL ART. I FRACC. VI PARRAFO 4 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y LO DISPUESTO ART. 77 BIS 16 PARRAFO 2 Y BIS 29 DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Y DE CONFORMIDAD EN EL ART. 54 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL ESTADO DE TLAXCALA. SE REALIZA LA ADJUDICACIÓN DIRECTA SIN CUADRO COMPARATIVO CON EL PROVEEDOR QUE TIENE CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL.			<b>I.V.A.</b>		
<b>USO O DESTINO:</b>			<b>I.S.H. (-2%)</b>		
			<b>I.S.R. (-10%)</b>		
			<b>TOTAL</b>	<b>\$ 185,000.00</b>	<b>\$ 185,000.00</b>

ELABORO	REVISO	AUTORIZO
<b>* LEC. MERARY ROCHITIMO CARREÑO</b> AREA DE ADQUISICIONES	<b>LIC. DENISSE GUADALUPE HERNANDEZ CAMACHO</b> JEFA DE OFICINA DE ADQUISICIONES	<b>LIC. CARLOS GARRIDO GUATEMALA</b> JEFE DEL DEPTO. DE RECURSOS MATERIALES
<small>NOMBRE, CARGO Y FIRMA</small>	<small>NOMBRE, CARGO Y FIRMA</small>	<small>NOMBRE, CARGO Y FIRMA</small>

NOTA: ESTA ORDEN DEBERÁ ANEXARSE EN ORIGINAL Y COPIA AL PRESENTAR LA FACTURA PARA SU PAGO.

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 A NOMBRE DE SALUD DE TLAXCALA
	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 18/10/2021 al día 31/12/2021; 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

  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

NOMBRE Y FIRMA

NOTIFICACIÓN