



SESA
SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Administración
Departamento de Recursos Materiales

P E D I D O

PROVEEDOR **AUTOMOVILES DE SANTA ANA, S.A. DE C.V.**

No. DE PEDIDO

21 / 11 / 00517

DOMICILIO **CARRET. VIA CORTA PUEBLA-SANTA ANA KM25.5, CHIAUTEMPAN**

FECHA

19/11/2021

R.F.C. **ASA911106PP0** C.P. **90800**

PROGRAMA

FASSA, RAMO-33 / 2021

CD. Y EDO. **CHIAUTEMPAN, TLAXCALA** TEL. / FAX **246 464 4302, 464 4144**

FOLIO SOL. ADQ. R.M.

121121-975

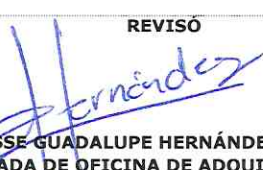
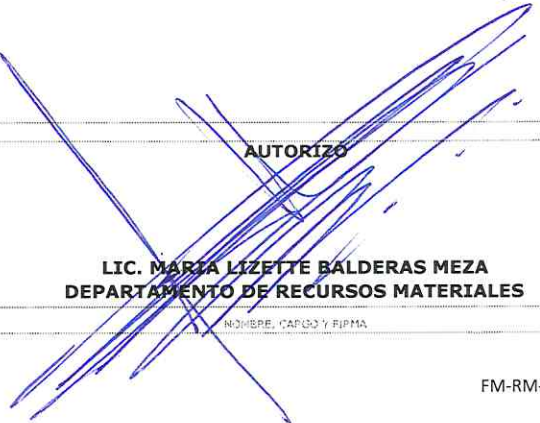
CONDICIONES DE ENTREGA **15 DÍAS HÁB.** CONDICIONES DE PAGO **30 DIAS**

TRANSPORTE

FACTURAR A:			DATOS DE ENTREGA		
CLIENTE	SALUD DE TLAXCALA	UNIDAD	ALMACEN DE BIENES INVENTARIABLES / PREVIA CITA		
R.F.C.	STL961105HT8	DOMICILIO	CALLE CAMINO REAL No. 5, SANTA URSULA ZIMANTEPEC, YAUHQUEMECAN. TLAXCALA		
DIRECCIÓN	IGNACIO PICAZO NTE. No. 25 CHIAUTEMPAN, COL. CENTRO C.P. 90800	C.P.	90450	TELÉFONO	241 417 97 08/ 417 9420 EXT.

ARTICULO	PARTIDA	DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ARTICULO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
5414_000 1	5414	AUTOMOVIL VOLKSWAGEN VENTO STARLINE 2021 STD CARACTERISTICAS ASIENTOS DELANTEROS CON AJUSTE DE ALTURA ASIENTOS TIPO CONFORD EN TELA NEGRA CABECERAS TRASERAS AIRE ACONDICIONADO ELEVADORES ELECTRICOS DE CRISTALES ESPEJOS LATERALES CON LUZ DIRECCIONAL INTEGRADA RIN DE ACERO 15 LLANTAS 185/60 BOLSAS DE AIRE FRONTALES PARA CONDUCTOR Y PASAJERO CINTURONES DE SEGURIDAD DE TRES PUNTOS FRENOS DE DISCO VENTILADO DELANTEROS Y DE TAMBOR TRESEROS CON ABS EN LAS 4 RUEDAS MOTOR DE 4 CILINDROS POTENCIA 105HP/5, 250 RPM, TORQUE 153NM/3, 750 RPM TRANSMISION MANUAL DE 5 VELOCIDADES SUSPENSION DELANTERA MCPHERSON Y TRASERA EJE AUTOPORTANTE SEMI-INDEPENDIENTE TRACCION DELANTERA	UNIDAD	2	223,097.43	446,194.86	71,391.18	517,586.04
(QUINIENTOS DIECISIETE MIL QUIMIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS 04/100 M.N.)						-	-	-
USO O DESTINO DEL ARTICULO O BIEN ADQUIRIDO.						-	-	-
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES Y UNIDADES ESPECIALIZADAS					TOTAL	446,194.86	71,391.18	517,586.04
CUADRO COMPARATIVO 8 / NOV								

OBSERVACIONES

ELABORO  * LEC. MERARY XOCHITEMO CARREÑO AREA DE ADQUISICIONES	REVISÓ  LIC. DENISSE GUADALUPE HERNÁNDEZ CAMACHO ENCARGADA DE OFICINA DE ADQUISICIONES	AUTORIZO  LIC. MARTA LIZETTE BALDERAS MEZA DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES
NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA

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 19 / 11 / 2021 al día 10 / 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


Eric Martínez Torres
NOMBRE Y FIRMA
NOTIFICACIÓN
Asesor de Ventas

