



**SESA**  
SECRETARÍA DE  
SALUD

**P E D I D O**



**TLAXCALA**  
UNA NUEVA HISTORIA

PROVEEDOR **COMERCIALIZADORA FET,S.A. DE C.V.**

NO° DE PEDIDO

**21 - 12 - 716**

DOMICILIO CARR. APIZACO-PUEBLA KM 3, S-09, TLATEMPAN

FECHA

**09/12/2021**

R.F.C. CFE090908LTA C.P. 90600

PROGRAMA

**FASSA 2021**

CD. Y EDO. APETATITLAN, TLAX. TEL. / FAX 246 458 0934

**FOLIO SOL. ADQ. R.M.**

**1012**

CONDICIONES DE ENTREGA **15 DIAS HABILES**

CONDICIONES DE PAGO 20 DIAS

TRANSPORTE

FACTURAR A:			DATOS DE ENTREGA						
CLIENTE	<b>SALUD DE TLAXCALA</b>		UNIDAD	ALMACEN DE BIENES INVENTARIABLES					
R.F.C.	<b>STL961105HT8</b>		DOMICILIO	CAMINO REAL No 5 SANTA URSULA ZIMATEPEC YAUHQUEMEHCAN, TLAXCALA					
DIRECCIÓN	<b>IGNACIO PICAZO NTE. No.25 SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAX., COL. CENTRO C.P. 90800</b>		C.P.	90450	TELÉFONO	241-41-79420			
ARTICULO	PARTIDA	DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ARTICULO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	IVA	TOTAL	
5151_0021	5151	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL DE INYECCION DE TINTA, EPSON ECOTANK L14150	PIEZA	2	\$ 20,680.50	\$ 41,361.00	\$ 6,617.76	\$ 47,978.76	
USO O DESTINO: DIRECCION DE INFRAESTRUCTURA Y DESARROLLO						<b>TOTAL</b>	\$ 41,361.00	\$ 6,617.76	\$ 47,978.76

**OBSERVACIONES**

**ELABORÓ**

**LIC. ESAU LEÓN ROMERO**  
AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

**REVISÓ**

**LIC. NUBIA LICONA PIMENTEL**  
ENCARGADA DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

**AUTORIZÓ**

**LIC. MARIA LIZETTE BALDERAS MEZA**  
ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES  
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
	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 10 de Diciembre de 2021 al día 16 de Diciembre de 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

  
Nayeli Meléndez Pérez  
NOMBRE Y FIRMA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

10/12/2021