

|  |   |  |              |
|--|---|--|--------------|
| PROVEEDOR  | <b>OXIZONA MEDICA S.A. DE C.V.</b>            | FOLIO  | 22/05/118    |
| DOMICILIO  | AVENIDA VICENTE GUERRERO NO. 49 A COL. CENTRO | FECHA  | 17/05/2022   |
| R.F.C.   | OME210323QN8 C.P. 90000                       | PROGRAMA                                     | AFFASPE 2022 |
| CD. Y EDO.   | TLAXCALA, TLAX. TEL. / FAX 2461174458         | FOLIO SOL. ADQ. R.M.                         | RM2804220243 |
| CONDICIONES DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES POSTERIORES A LA NOTIICACION DEL PEDIDO |   | CONDICIONES DE PAGO: CREDITO 20 DIAS HABILES | TRANSPORTE   |

| FACTURAR A: |   | DATOS DE ENTREGA |  |          |              |
|-------------|---|------------------|--|----------|--------------|
| CLIENTE     | SALUD DE TLAXCALA   | UNIDAD           | ALMACEN DE INVENTARIOS   |          |              |
| R.F.C.      | STL961105HT8  | DOMICILIO        | CALLE CAMINO REAL No. 5 SANTA URSULA ZIMATEPEC, YAUHQUEMECAN, TLAXCALA |          |              |
| DIRECCIÓN   | CALLE MOLINTO DE MOYA NO. 1, C.P. 90100, SAN ESTEBAN TIZATLÁN, TLAXCALA, MÉXICO | C.P.             | 90450  | TELÉFONO | 241 41 79708 |

| DA   | CLAVE     | PARTIDA PTAL. | DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL ARTICULO  | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | SUBTOTAL  | IVA       | TOTAL       |
|--|-----------|---------------|--|------------------|----------|----------------|-----------|-----------|-------------|
| 1  | 5321_0015 | 5321          | HISTERÓMETRO. HITERÓMETRO SIMS, MALEABLE, CON GRADUACIÓN EN CMS., LONGITUD DE 320 A 330. DESCRIPCIÓN ADICIONAL: HISTERÓMETRO MALEABLE / MÓDULO DE RIESGO REPRODUCTIVO HERGOM | PIEZA            | 5        | \$ 188.29      | \$ 941.45 | \$ 150.63 | \$ 1,092.08 |
| ( UN MIL NOVENTA Y DOS PESOS 08/100 M.N. ) |           |               |  |                  |          |                |           |           |             |

|  |       |           |           |             |
|--|-------|-----------|-----------|-------------|
| USO O DESTINO DEL ARTICULO O BIEN ADQUIRIDO: | TOTAL | \$ 941.45 | \$ 150.63 | \$ 1,092.08 |
|--|-------|-----------|-----------|-------------|

ALMACEN DE INVENTARIOS (ADJUDICACION DIRECTA CUADRO COMPARATIVO 4-MAY, INSTRUMENTAL MEDICO Y DE LABORATORIO) PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>ELABORÓ</b><br><br>C. ANGEL PEREZ ROLDAN<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVO | <b>REVISÓ</b><br><br>C. NUBIA LICÓN PIMENTEL<br>ENCARGADA DE LA OFICINA DE ADQUISICIONES | <b>Vo. Bo.</b><br><br>C. SOFÍA NAJERA CANTORAN<br>JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES | <b>AUTORIZÓ</b><br><br>C. ISABEL GUTIÉRREZ MÉNDEZ<br>LÍDER ESTATAL DEL PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR |
|--|--|--|--|

En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 44 Y 45 de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), este pedido se sujeta además de lo dispuesto por esa normativa 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 10 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 2.5 por ciento por cada día de atraso hasta cuatro 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 17 de mayo de 2022 al día 24 de mayo de 2022; 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

JAIQUE PASCUAL CAMACHO

NOMBRE Y FIRMA

17/05/22