



Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: FARLAB, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-118-2016
NIT No.	SOLICITUD N°	73-2016
PLAZO DE ENTREGA: 5 días hábiles	FECHA	29-feb-16
UNIDAD SOLICITANTE: Almacén de Medicamentos	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Roxana Miranda de Quintanilla	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Ampicilina Sódica polvo para solución inyectable I.M.-I.V., frasco vial de 1 gramo, marca: Pharm Inter, origen: China, vencimiento: 12/2017, código: 00202015	C/U	7,000	0.30	2,100.00
	Se requiere Control de Calidad del fabricante y Ministerio de Salud				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL CIEN 00/100 DOLARES					\$ 2,100.00
Específico	541.08				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,100.00				Fondos: Fondo General y Fondos Propios

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

GESTIONÓ (UACI)	AUTORIZÓ (DIRECTOR)	REGISTRÓ (UFI)	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello
-----------------	---------------------	----------------	---



VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
 Zacamil, Mejicanos, S.S



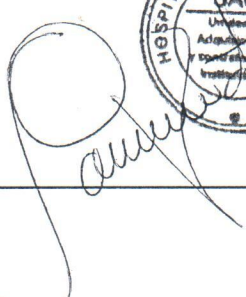

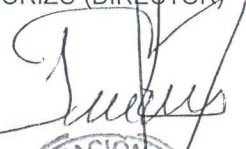



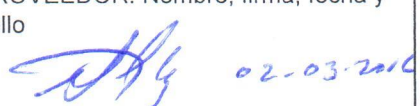

CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: FARLAB, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-118-2016
NIT No. 0614-290995-104-7	SOLICITUD N°	73-2016
PLAZO DE ENTREGA: 5 días hábiles	FECHA	29-feb-16
UNIDAD SOLICITANTE: Almacén de Medicamentos	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Roxana Miranda de Quintanilla	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Ampicilina Sódica polvo para solución inyectable I.M.-I.V., frasco vial de 1 gramo, marca: Pharm Inter, origen: China, vencimiento: 12/2017, código: 00202015	C/U	7,000	0.30	2,100.00
	Se requiere Control de Calidad del fabricante y Ministerio de Salud				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL CIEN 00/100 DOLARES					\$ 2,100.00
Específico	541.08				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,100.00				Fondos: Fondo General y Fondos Propios

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

GESTIONÓ (UACI)  	AUTORIZÓ (DIRECTOR)  	REGISTRÓ (UFI)  	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello  
---	---	---	---