



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-119-2016</b>
NIT No.	SOLICITUD N°	<b>73-2016</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>Inmediato</b>	FECHA	<b>29-feb-16</b>
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Almacén de Medicamentos</b>	<b>FORMA DE PAGO</b>	
ADMON. DE ORDEN: <b>Roxana Miranda de Quintanilla</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Metil prednisolona 1 gr. Polvo para solución inyectable, marca del producto: Saimed, origen: India, fecha de vencimiento: 24 meses de vencimiento, código: 02304030	C/U	25	6.00	150.00
	<b>Se requiere Control de Calidad del fabricante</b>				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 150.00</b>
Específico	<b>541.08</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 150.00</b>				<b>Fondos: Fondo General y Fondos Propios</b>

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: DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-119-2016
NIT No. 0614-071105-102-1	SOLICITUD N°	73-2016
PLAZO DE ENTREGA: Inmediato	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	Metil prednisolona 1 gr. Polvo para solución inyectable, marca del producto: Saimed, origen: India, fecha de vencimiento: 24 meses de vencimiento, código: 02304030	C/U	25	6.00	150.00
	Se requiere Control de Calidad del fabricante				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 150.00</b>
Específico	541.08				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 150.00				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 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  DROGUERIA SAIMED, S.A. de C.V.
---------------------	-------------------------	--------------------	---

**DROGUERIA SAIMED, S.A. de C.V.**