



## ***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)**



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>ECOGENESIS S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-15-2017</b>
	SOLICITUD N°	<b>010/2017</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO</b>	FECHA	<b>03-ene-17</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>RAYOS X</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>AREA DE RADIOLOGIA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>DR. SALVADOR ROSSELL</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Dosimetría de cuerpo entero para 15 personas que laboran en el área de Radiología, periodo comprendido de enero a diciembre de 2017. Los pagos serán mensuales de \$ 169.50, se elabora única orden de compra en original.	Meses	12	\$ 169.50	\$ 2,034.00
	Es necesario la compra de este servicio para radiología de este hospital.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL TREINTA Y CUATRO 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 2,034.00</b>
Específico	<b>54309</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 2,034.00				<b>Fondos: Propios</b> <b>Fondos: General</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
-----------------	---------------------	----------------	---