



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: ECOGENESIS S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-15-2017
	SOLICITUD N°	010/2017
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATO	FECHA	03-ene-17
LUGAR DE ENTREGA: RAYOS X		
UNIDAD SOLICITANTE: AREA DE RADIOLOGIA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: DR. SALVADOR ROSSELL	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 seran mensuales de \$ 169.50, se elabora unica orden de compra en original.	Meses	12	\$ 169.50	\$ 2,034.00
	Es necesario la compra de este servicio para radiologia de este hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL TREINTA Y CUATRO 00/100 DÓLARES					\$ 2,034.00
Especifico	54309				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,034.00				Fondos: Propios Fondos: General

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
-----------------	---------------------	----------------	---