



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: INNOVACIONES MEDICAS S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-24-2017
	SOLICITUD N°	34-2017
PLAZO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES	FECHA	16-ene-17
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: TRABAJO SOCIAL.	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: LIC. SONIA DE MONTERROSA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Placa de Reconstrucción de 2.7mm, marca: KLS Origen: Alemania	c/u	1	\$ 800.00	\$ 800.00
2	Tornillos sistema 2.7mm para uso con placa	c/u	10	\$ 40.00	\$ 400.00
	Material para paciente de escasos recursos economicos ingresado en esta institución Sr. Mario Rodriguez con reg. 579595.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL DOSCIENTOS 00/100 DÓLARES					\$ 1,200.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,200.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---