



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 JOSÉ FERNÁNDEZ"
 ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: <i>DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.</i>	ORDEN DE COMPRA N°	3215-180-2014
NIT: <i>0614-300794-103-7</i>	SOLICITUD N°	<i>068/2014</i>
PLAZO DE ENTREGA: <i>1 a 6 días hábiles</i>	FECHA	<i>23-may-14</i>
LUGAR DE ENTREGA: <i>ALMACEN GENERAL</i>		
UNIDAD SOLICITANTE: <i>Almacén General</i>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <i>Luis Alberto Moreno</i>	<i>CRÉDITO 60 DÍAS</i>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Código: 1-06-00310. Pañal descartable para adulto. Talla "L". Marca: GOOD NURSE. Origen: CHINA. Vencimiento: Febrero 2015. Garantía: Un año. Tiempo de Entrega: 1 a 6 días Hábiles.	c/u	2,000	\$ 0.60	\$ 1,200.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL DOSCIENTOS.00/100 DÓLARES					\$ 1,200.00
Específico	54113				Linea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,200.00				Fondos: Fondo General

Es necesario y Urgente adquirir el suministro de éstos Insumos pues al incrementarse el consumo de los mismos se han agotado en el Hospital.

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.

 GESTIONÓ (UACI) <i>[Signature]</i>	 AUTORIZÓ (DIRECTOR) <i>[Signature]</i>	 REGISTRÓ (UFI) <i>[Signature]</i>	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello <i>Silvia H. Munguía</i> DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. Distribuidora de Productos Médico Quirúrgicos S.A de C.V.
---	---	--	---



Hospital Nacional
“Dr. Juan José Fernández”
Zacamil, Mejicanos, S.S.



CUENTA: HOSPITAL NACIONAL
“DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ”
ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: <i>DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.</i>	ORDEN DE COMPRA N°	3215-180-2014
	SOLICITUD N°	068/2014
PLAZO DE ENTREGA: <i>1 a 6 días hábiles</i>	FECHA	23-may-14
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: <i>Almacén General</i>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <i>Luis Alberto Moreno</i>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Código: 1-06-00310. Pañal descartable para adulto. Talla "L". Marca: GOOD NURSE. Origen: CHINA. Vencimiento: Febrero 2015. Garantía: Un año. Tiempo de Entrega: 1 a 6 días Hábiles.	c/u	2,000	\$ 0.60	\$ 1,200.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL DOSCIENTOS.00/100 DÓLARES					\$ 1,200.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,200.00				Fondos: Fondo General

Es necesario y Urgente adquirir el suministro de éstos Insumos pues al incrementarse el consumo de los mismos se han agotado en el Hospital.

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.

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