



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: MEDICALD INVERSIONES, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-201-2017
NIT:	SOLICITUD N°	127-2017
PLAZO DE ENTREGA: 03 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C	FECHA	05-jul-17
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: BIENESTAR MAGISTERIAL	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: DR. CITLALLY B. SOLORZANO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Malla Quirurgica, monofilamento, de polipropileno, propy-mesh no absorbible, incoloro, dimensiones 15x15 cms, marca: Atramat cod. MP12 , presentación: Caja de una unidad	c/u	1	\$ 17.00	\$ 17.00
	Material para el paciente: Francisco Castaneda con reg. 770511 del Programa de Bienestar Magisterial.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DIECISIETE 00 /100 DÓLARES					\$ 17.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 17.00				Fondos: General

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa deberá coordinar con el administrador de la orden de compra fecha y hora de entrega en el almacén respectivo.

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