



MINISTERIO
DE SALUD

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



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 N° 1 para la publicación de la información oficiosa)



MINISTERIO
DE SALUD

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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: RAF, S.A. DE C.V.			ORDEN DE COMPRA N°	3215-307-2019	
			SOLICITUD N°	211-2019	
PLAZO DE ENTREGA: 5 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C			FECHA	28-ago-19	
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL					
UNIDAD SOLICITANTE: IMPRESIONES			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: SR. MIGUEL HERRERA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	LATA DE 5 LBS TINTA NEGRA ABDICK 3-1010-5	C/U	3	\$ 65.15	\$ 195.45
MONTO EN LETRAS: CIENTO NOVENTA Y CINCO 45/100 DÓLARES					\$ 195.45
Específico	54115				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 195.45				Fondos: PROPIOS

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICIÓN DE ESTE INSUMO PARA LA IMPRESIÓN DE LA PAPELERÍA HOSPITALARIA. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD #0257

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