



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: FARLAB, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-66-2019
NIT: 0614-290995-104-7	SOLICITUD N°	55-2019
PLAZO DE ENTREGA: 05 DIAS HABLES	FECHA	07-feb-19
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: LIC. ROXANA DE QUINTANILLA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 01904005, DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA PHARM INTER 50 MCG/DOSIS AEROSOL, FRASCO INHALADOR DOSIFICADOR DE 200 DOSIS, LIBRE DE C.F.C, Marca: PHARM-INTER, Origen: China, se solicita carta de compromiso, control de calidad del fabricante y Minsal.	C/U	1,200	\$ 2.40	\$ 2,880.00
	Medicamentos para uso de este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA 00/DOLARES					\$ 2,880.00
Específico	54108				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,880.00				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. Sol.1907-2019

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