



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 No. 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: <b>LABORATORIOS ARSAL, S.A. DE C.V.</b>                  |   |       | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-229-2020 |  |
|---|---|-------|--------------------|---------------|--|
| NIT:  |   |       | SOLICITUD N°       | 158/2020      |  |
| PLAZO DE ENTREGA:<br><b>15 DIAS HABILES AL RECIBIR O/C</b>              |   |       | FECHA              | 15-May-2020   |  |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>LABORATORIO CLINICO</b>                            |   |       |                    |               |  |
| UNIDAD SOLICITANTE: LABORATORIO CLINICO                                 |   |       | FORMA DE PAGO      |               |  |
| ADMN. DE ORDEN: <b>LIC. MARBEL ANTONIO FLORES</b>                       |   |       | CRÉDITO 60 DÍAS    |               |  |
| RGN.  | DESCRIPCIÓN   | U/M   | CANTIDAD           | PRECIO U. \$  | TOTAL \$   |
| 1   | Prueba por inmunofluorescencia, kit de 25 pruebas, cartuchos individuales para la determinación de Troponinal. <b>Marca:</b> Response Biomedical. <b>País de Origen:</b> Canadá. <b>Vencimiento:</b> Hasta 12 meses. <b>Garantía:</b> Aplica por producto defectuoso o próximo a vencer     | C/U   | 800                | \$ 7.06       | \$ 5,648.00  |
| 2   | Prueba por inmunofluorescencia, kit de 25 pruebas, cartuchos individuales para la determinación de Dímero D. <b>Marca:</b> Response Biomedical. <b>País de Origen:</b> Canadá. <b>Vencimiento:</b> Hasta 12 meses. <b>Garantía:</b> Aplica por producto defectuoso o próximo a vencer       | C/U   | 700                | \$ 7.06       | \$ 4,942.00  |
| 3   | Prueba por inmunofluorescencia, kit de 25 pruebas, cartuchos individuales para la determinación de Procalcitonina. <b>Marca:</b> Response Biomedical. <b>País de Origen:</b> Canadá. <b>Vencimiento:</b> Hasta 12 meses. <b>Garantía:</b> Aplica por producto defectuoso o próximo a vencer | C/U   | 400                | \$ 12.47      | \$ 4,988.00  |
| 4   | Prueba por inmunofluorescencia, kit de 25 pruebas, cartuchos individuales para la determinación de proBNP. <b>Marca:</b> Response Biomedical. <b>País de Origen:</b> Canadá. <b>Vencimiento:</b> Hasta 12 meses. <b>Garantía:</b> Aplica por producto defectuoso o próximo a vencer         | C/U   | 100                | \$ 15.11      | \$ 1,511.00  |
| <b>MONTO EN LETRAS: DIESCISIETE MIL OCHENTA Y NUEVE .00/100 DOLARES</b> |   |       |                    |               | <b>\$ 17,089.00</b>                                |
| Específicos   | 54307   | 54309 |                    |               | Línea de Trabajo:<br><b>02-02</b>                  |
| Valor US \$   | \$ 17,089.00  |       |                    |               | Fondo:<br><b>FONDO GENERAL,<br/>FONDOS PROPIOS</b> |

JUSTIFICACION: ES NECESARIO EL SUMINISTRO DE ESTAS PRUEBAS PARA LOS PACIENTES DE CARDIOPATIAS Y OTRAS COMPLICACIONES AGREGADAS QUE LOS REQUIEREN. 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 #3992



MINISTERIO  
DE SALUD

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



**CUENTA:**

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

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|------|-------------|-----|----------|--------------|----------|
|------|-------------|-----|----------|--------------|----------|

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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|