



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>SUPLIMED, S.A. DE C.V.</b>			ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-264-2020</b>	
NIT:			SOLICITUD N°	<b>187/2020</b>	
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATA AL RECIBIR O/C</b>			FECHA	<b>7-Jul-2020</b>	
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>					
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN GENERAL</b>			FORMA DE PAGO		
ADMON. DE ORDEN: <b>SR. LUIS ALBERTO MORENO CRUZ</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<b>CÓDIGO:</b> 10801015. HOJA PARA BISTURÍ N° 10, ACERO INOXIDABLE, EIE. <b>VENCIMIENTO:</b> 15-18 MESES. <b>MARCA:</b> CHANNELMED. <b>ORIGEN:</b> CHINA. <b>GARANTIA:</b> POR DESPERFECTOS DE FABRICACION Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	C/U	856	\$ 0.06	\$ 51.36
2	<b>CÓDIGO:</b> 10801030. HOJA PARA BISTURÍ N° 15, ACERO INOXIDABLE, EIE. <b>VENCIMIENTO:</b> 15-18 MESES. <b>MARCA:</b> CHANNELMED. <b>ORIGEN:</b> CHINA. <b>GARANTIA:</b> POR DESPERFECTOS DE FABRICACION Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	C/U	4,088	\$ 0.06	\$ 245.28
3	<b>CÓDIGO:</b> 10801040. HOJA PARA BISTURÍ N° 21, ACERO INOXIDABLE, EIE. <b>VENCIMIENTO:</b> 15-18 MESES. <b>MARCA:</b> CHANNELMED. <b>ORIGEN:</b> CHINA. <b>GARANTIA:</b> POR DESPERFECTOS DE FABRICACION Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	C/U	5,752	\$ 0.06	\$ 345.12
4	<b>CÓDIGO:</b> 10801045. HOJA PARA BISTURÍ N° 22, ACERO INOXIDABLE, EIE. <b>VENCIMIENTO:</b> 15-18 MESES. <b>MARCA:</b> CHANNELMED. <b>ORIGEN:</b> CHINA. <b>GARANTIA:</b> POR DESPERFECTOS DE FABRICACION Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	C/U	2,224	\$ 0.06	\$ 133.44
5	<b>CÓDIGO:</b> 10700010. ALGODÓN HIDROFILO ABSORBENTE, ROLLO DE 1 LIBRA, EIE. <b>VENCIMIENTO:</b> 15-18 MESES. <b>MARCA:</b> CHANNELMED. <b>ORIGEN:</b> CHINA. <b>GARANTIA:</b> POR DESPERFECTOS DE FABRICACION Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	C/U	1,256	\$ 2.09	\$ 2,625.04
<b>MONTO EN LETRAS: DOS MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO .24/100 DOLARES</b>					<b>\$ 3,400.24</b>
Específico	54113				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 3,400.24				Fondo: <b>FONDO GENERAL</b>



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 \$
------	-------------	-----	----------	--------------	----------

JUSTIFICACION: ES NECESARIO EL SUMINISTRO DE ESTOS INSUMOS, YA QUE ESTAN POR AGOTARSE. 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 #0569

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