

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



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 ello 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)

“Cualquier tipo de documento legalizado que se requiera debe avocarse al oficial de información pública de la Institución, según lo indica la LAIP”

Lic. María Antonieta Ojeda Medrano
Jefe de Unidad de Atención al Ciudadano



HOSPITAL
NACIONAL
ZACAMIL



UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

CUENTA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNADEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: FARLAB, S.A. DE C.V.		N° ORDEN DE COMPRA		3215-052-2022	
		N° LIBRE GESTIÓN		037-2022	
PLAZO DE ENTREGA: 08 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C		N° SOLICITUD		057-2022	
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS GENERALES		FECHA:		16/03/2022	
UNIDAD SOLICITANTE: BANCO DE SANGRE			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: LIC. NORMA MAGAÑA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	CODIGO: 30105800/41116102 SOLICITADO: SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI D, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. OFERTADO: Suero tipeador monoclonal, Anti D frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2023-05-30 N° de registro CSSP/DNM: I.M.050815062014	FCO	122	\$ 7.00	\$ 854.00
2	CODIGO: 30105772/41116102 SOLICITADO: SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI A, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS OFERTADO: Suero tipeador monoclonal, Anti A frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2024-03-26 N° de registro CSSP/DNM: I.M.051015062014	FCO	95	\$ 4.00	\$ 380.00
3	CODIGO: 30105784/41116102 SOLICITADO: SUERO TIPEADOR MONOCLONAL, ANTI B, FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS OFERTADO: Suero tipeador monoclonal, Anti B frasco transparente de 10 mililitros. Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2024-05-01 N° de registro CSSP/DNM: I.M.050915062014	FCO	95	\$ 4.00	\$ 380.00

HOSPITAL
NACIONAL
ZACAMIL



UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

4	CODIGO: 30105004/41116102 SOLICITADO: ALBUMINA BOVINA (22 - 30)%, POLIMERIZADA, FRASCO TRANSPARENTE DE (5 - 10) MILILITROS. OFERTADO: Albumina Bovina al 22%, polimerizada, frasco transparente de 10 mililitros Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:2023-05-30 N° de registro CSSP/DNM: I.M.105511082016	FCO	10	\$ 5.00	\$ 50.00
5	CODIGO: 30105024/41116102 SOLICITADO: ANTIGAMMA GLOBULINA HUMANA POLIESPECIFICA (ANTI C3D, ANTI IgG), FRASCO TRANSPARENTE DE 10 MILILITROS. OFERTADO: Antigamma Globulina Humana Poliespecifica (Anti C3D, Anti IgG), frasco transparente de 10 mililitros Marca: Spinreact País de Origen: España Vencimiento:202306-08 N° de registro CSSP/DNM: I.M.059309042015	FCO	10	\$ 7.00	\$ 70.00
MONTO EN LETRAS: MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO 00/100 DÓLARES					\$ 1,734.00
Específico	54107				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,734.00				Fondos: FP Y FG

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICIÓN DE ESTOS REACTIVOS PARA EL BANCO DE SANGRE. 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 #BS-001/2022

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