



**SS**  
SECRETARÍA DE SALUD  
Y SERVICIOS DE SALUD

**CODAMEVER**  
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO  
DEL ESTADO DE VERACRUZ

COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ.

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

|   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| <b>ORDEN DE COMPRA</b>                                |   |                                    | No. <b>QC-2018-045</b>   |
| PROVEEDOR<br><b>SUPERTIENDAS EL ALBA S.A. DE C.V.</b> |   |                                    | FECHA DE NUESTRO PEDIDO<br>31 DE AGOSTO DE 2018<br>FECHA DE ENTREGA<br>31 DE AGOSTO DE 2018                        |
| PEDIDO No.  | DEPTO. SOLICITANTE<br>RECURSOS MATERIALES<br>Y TEC. DE LA INFORMACION | CONDICIONES DE PAGO<br><br>CONTADO | CONFIRMACION DE NUESTRO PEDIDO<br><input checked="" type="checkbox"/> TELEFONICO <input type="checkbox"/> PERSONAL |

| CANTIDAD | CONCEPTO  | PRECIO   | IMPORTE           |
|----------|---|--|-------------------|
| 1        | 1   | GALLETAS POLVORONES MAXI TUBO 345 GMS MARINELA | \$ 25.00 \$ 25.00 |
| 2        | 1   | GALLETAS CREMAX VAININILLA PAKETON + X 171 GMS | \$ 17.50 \$ 17.50 |
| 3        | 4   | AGUA NATURAL 600 ML CIEL                       | \$ 9.50 \$ 38.00  |
| 4        |   |  |                   |
| 6        |   |  |                   |
| 7        |   |  |                   |
| 8        | PARTIDA: 22100004   |  |                   |
| 9        | CONCEPTO: PRODUCTOS ALIMENTICIOS PARA EL PERSONAL DERIVADO DE           |  |                   |
| 10       | ACTIVIDADES   |  |                   |
| 11       | FACTURA: GZ 483   |  |                   |
| 12       | CHEQUE: '0002897  |  |                   |
| 13       | FECHA DEL CHEQUE: 16 DE AGOSTO DE 2018                                  |  |                   |
| 14       | FONDO DE CAJA CHICA:  |  |                   |
| 15       | OBSERVACIONES:  |  |                   |
| 16       | DSP: ED-SSE/D-1339/2018   |  |                   |
| 17       | RPAI: 211210030080000/001175CG/2018                                     |  |                   |
| 18       | RECURSO: ESTATAL  |  |                   |
| 19       |   |  |                   |
| 20       |   |  |                   |
| 21       |   |  |                   |
| 22       |   |  |                   |
| 23       | <input type="checkbox"/> AMORTIZADO <input type="checkbox"/> SUB COMITE |  |                   |
| 24       | <input type="checkbox"/> COMPRAYER <input type="checkbox"/> PAGINA WEB  |  |                   |
| 25       |   |  |                   |

|                   |  |   |  |
|-------------------|--|---|--|
| DEPTO. DE COMPRA/ | OBSERVACIONES  |   |  |
|                   | <b>DATOS DE FACTURACION:</b><br><b>COMISION DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ</b><br><br><b>RFC: CAM 110517 PF1</b><br><b>ESPAÑA 111 FRACC.VIRGINIA C.P. 94294 BOCA DEL RIO,VER.</b><br><b>(ENVIAR FACTURA POR FAX PARA ELAB.CHEQUE)</b><br><br><b>TEL. 9 34 30 44 / 9 34 04 00</b> | <b>SUBTOTAL</b> \$ 80.50<br><br><b>SUBTOTAL</b> 80.50<br><b>I.V.A.</b><br><br><b>TOTAL</b> \$ 80.50 |  |