



VERACRUZ  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



SS  
Secretaría  
de Salud

CODAMEVER  
Comisión de Arbitraje  
Médico del Estado  
de Veracruz



COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO  
DEL ESTADO DE VERACRUZ  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

|                                                       |                                                                       |                                    |                                     |                                   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>ORDEN DE COMPRA</b>                                |                                                                       |                                    | <b>No. OC-2020-0263</b>             |                                   |
| PROVEEDOR<br><b>HIDROCARBUROS IMOSA, S.A. DE C.V.</b> |                                                                       |                                    | FECHA DE NUESTRO PEDIDO             |                                   |
|                                                       |                                                                       |                                    | FECHA DE ENTREGA                    |                                   |
| PEDIDO No.                                            | DEPTO. SOLICITANTE<br>RECURSOS MATERIALES<br>Y TEC. DE LA INFORMACION | CONDICIONES DE PAGO<br><br>CONTADO | CONFIRMACION DE NUESTRO PEDIDO      |                                   |
|                                                       |                                                                       |                                    | <input type="checkbox"/> TELEFONICO | <input type="checkbox"/> PERSONAL |

| CANTIDAD    | CONCEPTO                                            | PRECIO                              | IMPORTE  |
|-------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| 1 40.462428 | GASOLINA PEMEX PREMIUM                              | \$ 14.99                            | \$606.42 |
| 2           |                                                     |                                     |          |
| 3           |                                                     |                                     |          |
| 4           | PARTIDA: 26100002                                   |                                     |          |
| 6           | CONCEPTO: COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS PARA |                                     |          |
| 7           | SERVS.Y OPERACIÓN DE PROGRAMAS PUBLICOS             |                                     |          |
| 8           | FACTURA: A-046784                                   |                                     |          |
| 9           | CHEQUE: 01158                                       |                                     |          |
| 10          | FECHA DEL CHEQUE: 27 DE AGOSTO 2020                 |                                     |          |
| 11          | FONDO DE CAJA CHICA:                                |                                     |          |
| 12          | OBSERVACIONES:                                      |                                     |          |
| 13          | DSP: SSE/D-0068/2020                                |                                     |          |
| 14          | RPAI:                                               |                                     |          |
| 15          | RECURSO: FASSA                                      |                                     |          |
| 16          |                                                     |                                     |          |
| 17          |                                                     |                                     |          |
| 18          |                                                     |                                     |          |
| 19          |                                                     |                                     |          |
| 20          |                                                     |                                     |          |
| 21          |                                                     |                                     |          |
| 22          |                                                     |                                     |          |
| 23          | <input type="checkbox"/> AMORTIZADO                 | <input type="checkbox"/> SUB COMITE |          |
| 24          | <input type="checkbox"/> COMPRAR                    | <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>RFC: CAM 110517 PF1<br>ESPAÑA 111 FRACC.VIRGINIA C.P. 94294 BOCA DEL RIO,VER.<br>(ENVIAR FACTURA POR FAX PARA ELAB.CHEQUE)<br><br>TEL. 9 34 30 44 / 9 34 04 00 |               | SUBTOTAL     | \$ 606.42        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | SUBTOTAL     | 606.42           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | I.V.A.       | 93.58            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | <b>TOTAL</b> | <b>\$ 700.00</b> |