



VALE DE ENTRADA ALMACÉN

DATOS DEL PROVEEDOR			
NOMBRE:	FARMACÉUTICO MAYRO, S.A. DE C.V.		
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:			
DIRECCIÓN:	AV. AYUNTAMIENTO		
NÚMERO:	201	DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	TLAIPAN
CÓDIGO POSTAL:	14250	COLONIA:	MIGUEL HIDALGO
R.F.C.:	FMA93013813	TELÉFONO:	55 5500 1050

TIPO DE INSUMO			
MEDICAMENTO	MATERIAL DE CURACIÓN	PAPELERIA	AGUA
		OTROS	
REGISTRO SANITARIO			

HOLIA NÚMERO	FECHA DE ELABORACIÓN		FOLIO
	D/A	MES	
	6	3	2018

NÚMERO DE ORIGEN DE SUMINISTRO	NÚMERO DE PEDIDO	NÚMERO DE CONTRATO
FECHA		
D/A	MES	AÑO
MOTIVO DEL DOCUMENTO		
ADQUISICIÓN	CANJE	DONATIVO
XXX		TRANSFERENCIA

NO	CLAVE DE CUADRO BASICO	CLAVE HRAEI	LOTE	CAUCIDAD	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
	040.000.2097.00	HRAEI-MD0233	70337D103	28/7/20	Buprenorfina Parche 30 mg Envase con 4 parches.	ENVASE CON 4 PARCHES	100	\$ 1,500.00	\$ 150,000.00
	040.000.2098.00	HRAEI-MD0234	7146C102	31/10/19	Buprenorfina Parche 20 mg Envase con 4 parches	ENVASE CON 4 PARCHES	100	\$ 1,171.00	\$ 117,100.00

IMPORTE CON LETRA:	Doscientos Sesenta y Siete Mil Cien Pesos 00/100 M.N.
SUBTOTAL	\$ 267,100.00
IVA	\$ -
TOTAL	\$ 267,100.00

OBSERVACIONES:	
----------------	--

06 MAR 2018

RECIBIDO

SELLO CON FECHA

ENTREGA TOTAL

XXXX

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE

FIRMA

ENTREGA PARCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE

FIRMA



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
SUBDIRECCION DE RECURSOS MATERIALES
ALMACEN GENERAL



VALE DE ENTRADA ALMACÉN

DATOS DEL PROVEEDOR			
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL:	FARMACUTICO MAYPO, S.A. DE C.V.		
DIRECCION:	AV. AYUNTAMIENTO		
NUMERO:	201	DELEGACION O MUNICIPIO:	TLAPALPA
CODIGO POSTAL:	14250	COLONIA:	MIGUEL HIDALGO
R.F.C.:	FMA900181B1	TELEFONO:	55 5500 1050

TIPO DE INSUMO			
MEDICAMENTO	MATERIAL DE CURACION	PAPELERIA	AGUA
		OTROS	
REGISTRO SANITARIO			

HOLA NUMERO	FECHA DE ELABORACION		FOLIO
	DIA	MES	AÑO
	6	3	2018

NÚMERO DE ORDEN DE SUMINISTRO	NÚMERO DE PEDIDO	NÚMERO DE CONTRATO
FECHA		
DIA	MES	AÑO
MOTIVO DEL DOCUMENTO		
ADQUISICION	CANJE	TRANSFERENCIA
XXX		

NO	CLAVE DE CUADRO BASICO	CLAVE HRAEI	LOTE	CAUCIDAD	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
	040.000.2097.00	HRAEI-MD0233	70337D103	28/2/20	Buprenorfina Parche 30 mg Envase con 4 parches	ENVASE CON 4 PARCHES	100	\$ 1,500.00	\$ 150,000.00
	040.000.2098.00	HRAEI-MD0234	71446C102	31/10/19	Buprenorfina Parche 20 mg Envase con 4 parches	ENVASE CON 4 PARCHES	100	\$ 1,171.00	\$ 117,100.00

IMPORTE CON LETRA:	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
Doscientos Sesenta y Siete Mil Cien Pesos 00/100 M.N.	\$ 267,100.00	\$ -	\$ 267,100.00

OBSERVACIONES:

ENTREGA TOTAL	XXXXX	ENTREGA PARCIAL	
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE			
FIRMA			
SELO CON FECHA			
06 MAR 2018			
RECIBIDO			

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
SUBDIRECCION DE RECURSOS MATERIALES



VALE DE ENTRADA NUMERO

DATOS DEL PROVEEDOR			
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL: FARMACEUTICO MAPPO, S.A. DE C.V.			
DIRECCION: AV. AVIANTAMIENTO			
NÚMERO: 201	DELEGACION O MUNICIPIO: TLAJIAPAN		
CODIGO POSTAL: 14250	COLONIA: MIGUEL HIDALGO		
R.F.C.: FMAA901181B1	TELEFONO: 55 5500 1050		

HOJA NÚMERO	FECHA DE ELABORACIÓN			FOLIO
	DIA	MES	AÑO	
	1	11	2018	00610215 103154

TIPO DE INSUMO			
MEDICAMENTO	MATERIAL DE	PAPELERIA	AGUA
OTROS			
REGISTRO SANITARIO			

NÚMERO DE ORDEN DE SUMINISTRO	NÚMERO DE PEDIDO	NÚMERO DE CONTRATO
DIA	FECHA	AÑO
	MES	
MOTIVO DEL DOCUMENTO		
ADQUISICIÓN	CANJE	DONATIVO
TRANSFERENCIA		

NO	CLAVE DE CUADRO BASICO	CLAVE HRAEI	LOTE	CADUCIDAD	DESCRIPCION	U D M	CANTIDAD RECIBIDA	PRECIO UNITARIO	SUB-TOTAL
	040.000.2097.00	HRAEI-MDO233	7012ND105	44196	Buprenorfina Parche 30 mg Envase con 4 parches	ENVASE CON 4 PARCHES	50	\$ 1,500.00	\$ 75,000.00
	040.000.2098.00	HRAEI-MDO234	7036RC105	44255	Buprenorfina Parche 20 mg Envase con 4 parches	ENVASE CON 4 PARCHES	50	\$ 1,171.00	\$ 58,550.00

IMPORTE CON LETRA:	SUBTOTAL \$ 133,550.00
	IVA \$ -
	TOTAL \$ 133,550.00

OBSERVACIONES:	
ENTREGA TOTAL	XXXXX
ENTREGA PARCIAL	

RECIBIDO
071 NO 2018
SELLO CON FECHA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE
FIRMA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGA
FIRMA