



Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
 Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE : DROGUERIA AMERICANA, S.A DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-334-2015
	SOLICITUD N°	181-2015
PLAZO DE ENTREGA : 5 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	09-oct-15
LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN DE MEDICAMENTOS		
UNIDAD SOLICITANTE : ALMACEN DE MEDICAMENTOS	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN : LICDA. ROXANA DE QUINTANILLA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	0060015 NITROFURANTOINA (FORMA MACROCRISTALINA) 100mg CAP. DESCRIPCIÓN COMERCIAL: UVAMIN RETARD CAPSULA CASA REPRESENTADA DEL PRODUCTO: ACINO PHARMA, AG SUIZA, LLC NÚMERO DE REGISTRO CSSP O DNM: 7,178 MARCA DEL PRODUCTO: ACINO PAÍS DE ORIGEN: SUIZA VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: DIC-2016	C/U	300	\$ 8.63	\$ 2,589.00
SE SOLICITAN MUESTRAS PARA CONTROL DE CALIDAD					
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE/100 DÓLARES					\$ 2,589.00
Específico	54108				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 2,589.00				Fondos: FONDO GENERAL

Justificación: ES PARA ABASTECER EL ALMACEN DE MEDICAMENTOS. 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.

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