



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICAN &amp; CARIBE, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-145-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>057/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>Según lo especificado en cada renglón</b>	FECHA	<b>21-abr-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Almacén General</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-06-01125 Aguja de punción lumbar 22G x 3½", empaque individual estéril descartable (SPINOCAN) Código BRAUN: 4507908-10. Marca: B BRAUN. Origen: ALEMANIA. Vencimiento: no menor a 18 meses. Tiempo de Entrega: 3 días hábiles después de recibir O/C	c/u	1,000	\$1.40	\$1,400.00
2	1-06-01165 Aguja de punción lumbar 26G x 3½", empaque individual estéril descartable (SPINOCAN) Código Braun: 4502906-10. Vencimiento: no menor a 18 meses. Tiempo de Entrega: 45 días hábiles después de recibir O/C	c/u	2,000	\$1.60	\$3,200.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATRO MIL SEISCIENTOS.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$4,600.00</b>
Específico	<b>54113</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$4,600.00</b>				Fondos: <b>FONDO GENERAL</b>

Insumos Médicos para ser utilizados en pacientes de éste Hospital

NOTA: Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la Empresa debe coordinar con el Administrador de la Orden de Compra, la fecha y hora de entrega en el Almacén respectivo. Facturar 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
-----------------	---------------------	----------------	---