



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE : IMPORTADORA DE BIENES Y SERVICIOS, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-159-2015
	SOLICITUD N°	62-2015
PLAZO DE ENTREGA : 5 DIAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	21-abr-15
LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE : MANTENIMIENTO	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN : SR. MANFREDY LÓPEZ	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	BATERÍA DE 12V 200AH MARCA: AUTOCRAFT MODELO:8D-MF(LIBRE MANTENIMIENTO) PAÍS DE PROCEDENCIA:MEXICO GARANTÍA:12 MESES TIPO. PLOMO ÁCIDO PARA SER UTILIZADAS EN 2 PLANTAS DE EMERGENCIA (CUMMIS) CON NÚMERO DE INVENTARIO: # 0294-161-008-01-00001 Y # 0294-161-008-01-00002	C/U	4	\$ 248.66	\$ 994.64
MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO 64/100 DÓLARES					\$ 994.64
Específico	54119				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 994.64				Fondos: FONDOS GENERALES

Justificación: ES URGENTE EL SUMINISTRO DE ESTOS REPUESTOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS PLANTAS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL. 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
-----------------	---------------------	----------------	---