



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>DIGICEL, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-162-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>064/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>24-abr-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Departamento de Servicios Generales</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Licda. Teresa Angélica Ventura Cruz</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de comunicación móvil por telefonía celular para diversas áreas de trabajo del Hospital, para el período comprendido del 01 de mayo al 31 de diciembre de 2015	mes	8	\$96.00	\$768.00
<b>SE ELABORARA UNICA ORDEN DE COMPRA</b>					
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SESENTA Y OCHO.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$768.00</b>
Específico	<b>54203</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$768.00</b>				Fondos: <b>FONDOS PROPIOS</b>

Para establecer comunicación interna y externa con personal del Hospital especialmente en el traslado de pacientes en ambulancia, comunicación inmediata con Dirección, Subdirecciones, Jefaturas Operativas, personal de Terapia Respiratoria, Mantenimiento, Motorista, etc.

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

