



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>FERNANDO NOLASCO CABEZAS</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-165-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>69-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA:	FECHA	<b>27-abr-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>MANTENIMIENTO</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>SR. JAVIER PEREZ</b>	CONTADO	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	SERVICIOS PROFESIONALES DE ALBAÑILERIA PARA REALIZAR TRABAJOS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL PARA UN PERÍODO DE 3 MESES A PARTIR DEL <b>04-05-2015</b> HORARIO DE LUNES A VIERNES DE 7:30 AM -3:30 PM EL PAGO SERÁ QUINCENAL: PAGO MENSUAL: \$ 520.00 PAGO QUINCENAL: \$ 260.00 LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR SERÁN COORDINADAS POR EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y CON EL VISTO BUENO DEL JEFE DE MANTENIMIENTO. SE ELABORARÁ UNA ÚNICA ORDEN DE COMPRA	MESES	3	\$ 520.00	\$ 1,560.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL QUIBNIENTOS SESENTA/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,560.00</b>
Específico	54301				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,560.00				Fondos: FONDOS PROPIOS

Justificación: ES URGENTE EL SUMINISTRO DE ESTOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR TRABAJOS DE AMPLIACIÓN DE: SERVICIOS SANITARIOS PARA EL PÚBLICO, CONSTRUCCIÓN DE CUARTO PARA TAC, CONSTRUCCIÓN DE BAÑO EN PEDIATRÍA, ÁREA DE LAVADO EN ARSENAL, TAREAS DE FONTANERÍA Y ALBAÑILERÍA. COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN

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