



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



CUENTA:

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

| | | |
|--|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: DISTRIBUCION E INVERSION, S.A. DE C.V. | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-199-2015 |
| | SOLICITUD N° | 079/2015 |
| PLAZO DE ENTREGA: 5 días hábiles después de recibir O/C | FECHA | 18-may-15 |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: Almacén General | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN: Sr. Luis Alberto Moreno Cruz | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|---|--|-----|----------|--------------|-----------------------------------|
| 1 | 1-11-03095 Nylon Negro Monofilamento 3/0 con aguja 3/8 círculo, punta cortante 25 mm., hebra 75 cm., empaque individual, estéril. Marca: VITAL SUTURES. Origen: PERU. Vencimiento: No Menor a 18 meses. | c/u | 700 | \$0.68 | \$476.00 |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS.00/100 DÓLARES | | | | | \$476.00 |
| Específico | 54113 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$476.00 | | | | Fondos: FONDO GENERAL |

Insumos médicos para ser utilizados en pacientes de este 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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|