



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: DIMMA, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-210-2015
	SOLICITUD N°	083/2015
PLAZO DE ENTREGA: Ver especificaciones en Replón	FECHA	26-may-15
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: Departamento de Mantenimiento	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Ing. Eduardo Ernesto Pérez Castillo	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Medición de Gases a la Atmósfera en Chimeneas de dos Calderas. Con número de Inventario: 0294-165-008-01-0003 / 0294-165-008-01-0004. Tiempo de Entrega: 4 días hábiles para programación de visita y los reportes se entregan 3 días hábiles después de realizada la medición.	c/u	2	\$141.25	\$282.50
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS.50/100 DÓLARES					\$282.50
Específico	54502				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$282.50				Fondos: FONDOS PROPIOS

Es urgente la adquisición de estas mediciones para cumplir con los estándares medioambientales de control de emisión de gases de caldera.

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