



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



CUENTA:

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

| | | |
|--|--------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE : DROGUERIA AMERICANA S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-215-2015 |
| | SOLICITUD N° | 78-2015 |
| PLAZO DE ENTREGA: 02 dias hábiles desp. de aceptada la oferta | FECHA | 02-jun-15 |
| LUGAR DE ENTREGA: Almacen General | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: Bienestar Magisterial | FORMA DE PAGO | |
| ADMN. DE ORDEN: Dr. Citlally Solorzano | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|--|-----|----------|--------------|-------------------------|
| 1 | SN60WF 24.5 | c/u | 1 | \$ 168.01 | \$ 168.01 |
| 2 | VISCOAT | c/u | 1 | \$ 46.00 | \$ 46.00 |
| 3 | CUCHILLETE DE 15° | c/u | 1 | \$ 12.00 | \$ 12.00 |
| | Material de Oftalmología para la paciente: Claudia Violeta Esmeralda con reg. 109996 del Programa Bienestar Magisterial. | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS VEINTISEIS 01/100 DÓLARES | | | | | \$ 226.01 |
| Específico | 541.13 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 226.01 | | | | Fondos: <i>Propios</i> |

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados la empresa debe coordinar con el administrador de la orden de compra fecha y hora de entrega en el Almacen.

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 |
| | | | |