



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: PRODYLAB S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-219-2015
	SOLICITUD N°	66-2015
PLAZO DE ENTREGA: 2 set de 1 a 3 dias habiles a partir de la recepcion de la orden de compra, 8 set a 30 -45 dias hábiles posteriores a la primera entrega	FECHA	04-jun-15
LUGAR DE ENTREGA: Laboratorio Clinico		
UNIDAD SOLICITANTE: Laboratorio Clinico	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Edith Benitez de Vásquez	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 30106708, RPR Card test for Siphilis, marca: ASI (Arlington Scientific) Kit por 500 pruebas, incluye tarjetas, dispensadores, aguja calibrada y controles internos: reactivo, no reactivo y reactivo débil, Vto. Julio 2016 Origen: USA	Set	10	\$ 72.00	\$ 720.00
	Reactivos para el area de Laboratorio Clinico de este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS VEINTE 00/100 DÓLARES					\$ 720.00
Especifico	543.09				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 720.00				Fondos: General

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 Almacén.

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