



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>RAF, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-227-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>102-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>30 DIAS CALENDARIO AL RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>08-jun-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>RADIOLOGÍA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>LIC. AUGUSTO CÉSAR ROMERO</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<b>CANISTER RECUPERADOR DE PLATA</b> MARCA: ROTEX TIPO: C-4 ORIGEN: USA CARACTERÍSTICAS GENERALES: CAPACIDAD DE 3 GALONES SERÁ UTILIZADO PARA 2 RECUPERADORES DE PLATA EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA, CON NÚMERO DE INVENTARIO: 0294-155-030-16-00001 Y 0294-155-030-16-00002	C/U	4	\$ 225.00	\$ 900.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 900.00</b>
Específico	54107				Línea de Trabajo: <b>0202</b>
Valor US \$	\$ 900.00				Fondos: <b>FONDO GENERAL</b>

Justificación: ESTOS CANISTER DEBEN SER CAMBIADOS CADA 6 MESES . ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO.

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