



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>SUPLIDORES DIVERSOS S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-254-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>120-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>Inmediata</b>	FECHA	<b>07-jul-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Almacen General</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Bienestar Magisterial</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Citlally Solorzano</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Sistema de Irrigación/succión para laparoscopia con válvulas independientes, de 5mm de diámetro x 33cm de longitud, con set para bolsa de irrigación doble, empaque individual estéril, descartable, marca: APPLIED, Origen: USA Vto. No menor de 18 meses	c/u	1	\$ 48.00	\$ 48.00
	Material para el paciente: Julio Eduardo Alfaro Perdomo con reg. 599271 del programa de Bienestar Magisterial.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CUARENTA Y OCHO 00 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 48.00</b>
Específico	541.18				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 48.00				Fondos: <b>Propios</b>

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa deberá coordinar con el administrador de la orden de compra 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
-----------------	---------------------	----------------	---