



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>GRUPO DIGITAL, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-256-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>129-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>15 A 20 DIAS HABILES</b>	FECHA	<b>09-jul-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>EL AREA DE SISTEMA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>ELMER CRISTOBAL ACOSTA</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	TARJETAS DE RED RJ45 10/100/1000, marca: Nexxt Modelo: Sirius 1000. Garantia 1 año	c/u	10	\$ 10.35	\$ 103.50
2	SWITCH 10/100/1000 48 puertos marca: TP-LINK Modelo: TL-SG-1048, 1 año de garantia por defectos de fabrica	c/u	5	\$ 463.00	\$ 2,315.00
	Articulos para ser utilizados en el area de Computo				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL CUATROCIENTOS DIESCIOCHO 50 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 2,418.50</b>
Especifico	<b>541.15</b>				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	<b>\$ 2,418.50</b>				<b>Fondos: General</b>

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