



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° | 3215-274-2015 |
| | SOLICITUD N° | 135-2015 |
| PLAZO DE ENTREGA : 02 DIAS HABILES | FECHA | 21-jul-15 |
| LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE : BIENESTAR MAGISTERIAL | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN : CITLALLY SOLORZANO | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|---|--|-----|----------|--------------|--------------------------------|
| 1 | SN60WF 23.0 | C/U | 1 | \$ 168.01 | \$ 168.01 |
| 2 | VISCOAT | C/U | 1 | \$ 46.00 | \$ 46.00 |
| 3 | DISCOVIST | C/U | 1 | \$ 70.00 | \$ 70.00 |
| 4 | CASSETTE LEGACY | C/U | 1 | \$ 54.32 | \$ 54.32 |
| 5 | CUCHILLETE 2.6MM | C/U | 1 | \$ 12.00 | \$ 12.00 |
| 6 | CUCHILLETE DE 15" | C/U | 1 | \$ 12.00 | \$ 12.00 |
| | Material Oftalmologico para la paciente: Reina Isabel Pineda de Perdomo con reg. 665961 de Programa de Bienestar Magisterial | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS SESENTA Y DOS 33 /100 DÓLARES | | | | | \$ 362.33 |
| Especifico | 541.13 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 362.33 | | | | Fondos: General |

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 almacen 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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|