



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>RZ, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-276-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>123-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>3-12 DIAS HÁBILES AL RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>23-jul-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>SALA DE OPERACIONES</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>DR. ALFONSO GARAY</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<b>RELOJ DE PARED DIGITAL</b> MARCA: CASIO MODELO: ID 16S-2DF ORIGEN: JAPÓN COLOR: AZUL CARACTERÍSTICAS: ALARMA, CALENDARIO AUTOMÁTICO COMPLETO, INDICADOR DE HORA NORMAL 12 Y 24 HORAS Y FUNCIÓN DESPERTADOR, NÚMEROS GRANDES, BATERÍAS DOBLE AA	C/U	14	\$ 75.00	\$ 1,050.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL CINCUENTA /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,050.00</b>
Específico	61101	61102			Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,050.00				Fondos: <b>FONDOS PROPIOS</b>

Justificación: ESTOS RELOJES SERAN UTILIZADOS EN SALA DE OPERACIONES. 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
-----------------	---------------------	----------------	---