



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE : INNOVACIONES MEDICAS S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-285-2015
	SOLICITUD N°	145-2015
PLAZO DE ENTREGA: 1-2 dias hábiles	FECHA	27-jul-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Bienestar Magisterial.	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Citlally Solorzano	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Placa DCP estrecha 8 orificios, marca: Ortosintese , origen: Brasil	c/u	1	\$ 55.00	\$ 55.00
2	Tornillo Maleolar 4.5x40 , marca: Zimmer Origen: USA	c/u	1	\$ 11.43	\$ 11.43
3	Tornillo Cortical 4.5x30mm , marca: Ortosintese origen: Brasil	c/u	2	\$ 8.00	\$ 16.00
4	Tornillo cortical 4.5x24mm, marca: Ortosintese origen: Brasil	c/u	4	\$ 8.00	\$ 32.00
5	Clavo o pin Kirschner 1.6x 3 10mm marca: KLS martin origen: Alemania	c/u	1	\$ 8.00	\$ 8.00
	Material para la paciente: Dora Gladis Contreras del programa de Bienestar Magisterial.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO VEINTI DOS 43/100 DÓLARES					\$ 122.43
Específico	541.13				Línea de Trabajo:
Valor US \$	\$ 122.43				Fondos:

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