



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: S.T. MEDIC, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-308-2015
	SOLICITUD N°	176-2015
PLAZO DE ENTREGA: 5-10 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	07-sep-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: SR. MIGUEL FLORES	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	ESTETOSCOPIO BIAURICULAR ADULTO MARCA: RIESTER MODELO: DUPLEX ORIGEN: ALEMANIA GARANTÍA: 1 AÑO X DESPERFECTOS DE FÁBRICA PIEZA DE CONTACTO DOBLE DE ALUMINIO ANODIZADO ESPECIALMENTE LIGERO, MEMBRANA ESPECIAL PARA UNA AUSCULTACIÓN PERFECTA, 48 mm, CON ANILLOS DE PROTECCIÓN CONTRA EL FRÍO ESPECIALMENTE PLANOS Y SUAVES PARA UNA ADAPTACIÓN ÓPTIMA A LA PIEL. SE SUMINISTRA CON UN PAR DE OLIVAS DE RECAMBIO Y UNA MEMBRANA DE RECAMBIO	C/U	10	\$ 25.00	\$ 250.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CINCUENTA /100 DÓLARES					\$ 250.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 250.00				Fondos: FONDOS PROPIOS

Justificación: PARA SER UTILIZADOS EN EL SERVICIO DE CX. HOSPITALIZACIÓN 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
-----------------	---------------------	----------------	---