



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: COPROSER S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-309-2015
	SOLICITUD N°	171-2015
PLAZO DE ENTREGA: 25 días hábiles desp. de la entrega de la orden del pedido	FECHA	07-sep-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen de Medicamentos	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Lic. Betsy Rivera Figueroa	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Termohigrometro, • marca: Meade, • Modelo TM005X-M • Procedencia USA • Pantalla LCD de fácil lectura • Sensor inalámbrico/transmite datos de temperatura y humedad hasta 100 pies de distancia. • Temperatura interior y exterior • Temperatura de -40.0 a 50.0°C • Humedad de 25% a 90% Incluye sensor remoto y baterías, un año de Garantía	c/u	5	\$ 56.00	\$ 280.00
	Suministros para ser utilizado en Almacen de Medicamentos				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS OCHENTA 00/100 DÓLARES					\$ 280.00
Espeífico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 280.00				Fondos: Propios

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