



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°	3215-312-2015
	SOLICITUD N°	178-2015
PLAZO DE ENTREGA: Inmediatamente sea solicitada la cirugía	FECHA	17-sep-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Bienestar Magisterial	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Dr. Citlally B. Solorzano	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	ACL tight rope con fijación femoral, marca: Arthrex Origen: USA	c/u	1	\$ 270.00	\$ 270.00
2	Tornillo Biodegradable Delta, marca: Arthrex Origen: USA	c/u	1	\$ 170.00	\$ 170.00
3	Set de irrigación, marca: Arthrex Origen: USA	c/u	1	\$ 35.00	\$ 35.00
4	Navajas Shaver, Marca: Arthrex Origen: USA	c/u	2	\$ 120.00	\$ 240.00
5	Ablator Marca: Arthrex origen: USA	c/u	1	\$ 120.00	\$ 120.00
	Material para el paciente: Edgar Preza Martinez con reg. 363082 del programa de Bienestar Magisterial.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO 00 /100 DÓLARES					\$ 835.00
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 835.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---