



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: PROVEEDORES QUIRURGICOS S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-320-2015
	SOLICITUD N°	188-2015
PLAZO DE ENTREGA: Según especificación en cada renglon.	FECHA	07-oct-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen General	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: LUIS ALBERTO MORENO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 1-0360510, Espaciador de volumen plástico y atoxico, con mascarilla y adaptador universal, uso pediátrico, marca: Channelmed, origen: China, Fecha de entrega: 1-3 dias hábiles	c/u	600	\$ 2.15	\$ 1,290.00
2	Cod. 1-07-02110, Aposito trasparente de poliuretano 10-12cmx12-14cm con adhesivo hipoalergenico emp. Ind, estéril marca: Pharmaplast origen: Egipto, fecha de entrega:1-3 dias hábiles	c/u	3500	\$ 0.35	\$ 1,225.00
3	Cod. 1-92-00332, Aposito Transparente de 6x7cm, marca: Pharmaplast origen:Egipto, Fecha de entrega:2,000 de 1-3 dias hábiles el resto de 30-45 dias hábiles	c/u	7,300	\$ 0.21	\$ 1,533.00
	Insumos Medicos para uso de este Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATRO MIL CUARENTA Y OCHO 00/100 DÓLARES					\$ 4,048.00
Específico	541.13				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 4,048.00				Fondos: General

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa debera coordinar con el administrador de la 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