



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA &amp; CARIBE, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-324-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>188-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>03 DIAS HABLES DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>07-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN GENERAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>LUIS ALBERTO MORENO</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 1-92-99900, Bolsa para dreno, capacidad de 150ml, con adhesivo a piel y válvula de vaciado, empaque individual estéril descartable, Bolsa Draina S 150ML, Marca: B.Braun Origen: Francia Vto. No menor de 18 meses	C/U	750	\$ 4.99	\$ 3,742.50
	Insumos Medicos para uso de este Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS 50/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 3,742.50</b>
Específico	541.13				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 3,742.50				Fondos: <b>General</b>

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 Almacén.

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