



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE : <b>FARLAB, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-342-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>179-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA : <b>05 DIAS HÁBILES DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>09-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA : <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>		
UNIDAD SOLICITANTE : <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN : <b>LIC. ROXANA DE QUINTANILLA</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 00202075 Penicilina G. (Sódica) 5 mega, polvo para solución inyectable I.V frasco vial Marca: Pharm Inter Origen: China Vto. 2016-07, Se solicita muestra de calidad	C/u	15,000	\$ 0.35	\$ 5,250.00
	Suministro de Medicamentos para uso de este Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 00 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 5,250.00</b>
Específico	<b>54108</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 5,250.00				<b>Fondos: General</b>

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