



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DIPROMEQUI S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-352-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>198-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>1-6 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>23-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>SALA DE OPERACIONES</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Roberto Alfonso Garay</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 19414100, Nylon no absorbible monofilamento color negro calibre 10/0 doble aguja espatulada Premium 6mm, 3/8 de circulo, hebra 30cms de longitud, marca: Atramat origen: México Vto. No menor de 2 años, garantía un año	c/u	5	\$ 154.60	\$ 773.00
	Insumos para ser utilizados en este Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y TRES 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 773.00</b>
Específico	541				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 773.00				Fondos: <b>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 almacén 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
-----------------	---------------------	----------------	---