



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DUTRIZ HERMANOS, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-359-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>209-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>Inmediato</b>	FECHA	<b>29-oct-15</b>
UNIDAD SOLICITANTE: <b>UACI</b>	<b>FORMA DE PAGO</b>	
ADMN. DE ORDEN: <b>Lic. Sara Patricia Hernández de Orellana</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Aviso de Licitación	C/U	1	203.40	203.40
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS TRES 40/100 DOLARES</b>					<b>\$ 203.40</b>
Específico	<b>543.13</b>				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	<b>\$ 203.40</b>				Fondos: <b>Fondos Propios</b>

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