



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>ALMACENES VIDRI, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-362-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>152-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>15 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR LA O/C</b>	FECHA	<b>30-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>MANTENIMIENTO</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>SR. JAVIER PÉREZ</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	TELA REFUERZO IMPAC	MTS	200	0.85	\$ 170.00
2	LAVAMANO 400 ECOLINE BLANCO	PZA	5	26.3	\$ 131.50
3	REMACHE POP DE 1/4X3/4"	%	10	5.45	\$ 54.50
4	LAMINA CANAL 10 GRIS 8' 6MM P1000	PLG	30	19.7	\$ 591.00
5	FREGADERO INOXIDABLE 100X50CM 1P DER. TEKA S/AC	PZA	1	39.9	\$ 39.90
6	MASCARILLA COMPLETA N3 VAPOR/GAS 3M 7502S	JGO	10	63	\$ 630.00
7	THINNER ACRILICO SIN ENVASE	GAL	20	7.35	\$ 147.00
8	FIBROLIT 6MM 4'X8'	PLG	10	13.3	\$ 133.00
9	PINTURA HIGH STANDARD LATEX BLANCO ANT 1329-5	CUB	10	99	\$ 990.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS 90/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 2,886.90</b>
Específico	54107		54118		Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 2,886.90				Fondos: <b>PROPIOS</b>

Justificación: ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA 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