



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: DISTRIBUCION E INVERSIÓN, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-398-2015
	SOLICITUD N°	208-2015
PLAZO DE ENTREGA: 05 DIAS HABILES	FECHA	10-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: LUIS ALBERTO MORENO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 11108145 , Sutura sintética absorbible 1 (Acido poliglicólico), con aguja ½ circulo, punta redonda 35mm, hebra 70cm, empaque individual estéril., marca: Vital Sutures origen: Perú	c/u	975	\$ 1.35	\$ 1,316.25
2	Cod. 11108145, Sutura sintética absorbible polifilamento (Ácido poliglicolico) 2/0 con aguja 1/2 circulo.punta redonda 25mm. Hebra 70cm .E.I.E, marca: Vital Sutures origen: Perú	c/u	170	\$ 1.35	\$ 229.50
3	Cod.11800020, jalea lubricante de uso médico para dilatación, PH, Neutro, dispensador de 240ml.(8onzas), marca: Lubriargel origen: El Salvador	c/u	80	\$ 1.70	\$ 136.00
	Insumos Médicos para uso del Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UNO 75/100 DÓLARES					\$ 1,681.75
Específico	541.13	541.07			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,681.75				Fondos: General

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