



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: TECHNO INVERSIONES, S. A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-408-2015
	SOLICITUD N°	206-2015
PLAZO DE ENTREGA: Inmediata	FECHA	19-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Servicio de urologia	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Dr. Manuel Ernesto Aguilar	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Canasta de Extracción Ureteral NCIRCLE 2.4 French 115 cms de longitud Cat. No. NTsed-024115-UDH-MB cod. G19111, marca: cook medical origen: USA, Garantia por desperfecto de fabrica	c/u	2	\$ 390.00	\$ 780.00
2	Catéter ureteral open end 5.0 french x70cms cat.020025-C4, marca: Cook Medical Origen: USA cod. 15944, descartable un solo uso y garantia por desperfecto de fabrica	c/u	3	\$ 33.90	\$ 101.70
	Insumos Medicos que seran utilizados en area de urologia de este hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: OCHOCIENTOS OCHENTA Y UNO 70/100 DÓLARES					\$ 881.70
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 881.70				Fondos: Propios

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa debera 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
-----------------	---------------------	----------------	---