



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-410-2015
	SOLICITUD N°	206-2015
PLAZO DE ENTREGA: 03 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C	FECHA	19-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: SERVICIO DE UROLOGIA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Manuel Ernesto Aguilar Estrada	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Set para Nefrostomía percutánea que consta de bisturí para incisión, regla de papel, cánula de punción de tres cuerpos, guía metálica, 2 dilatadores CH11 radiopaco, vaina introductora endible, catéter de poliuretano, orificios laterales de drenaje, radiopaco, punta pigtail. NEPHROFIX CH-11, cod. 4435117, marca: BBraun, Origen: Alemania	C/U	6	\$ 50.85	\$ 305.10
	Insumos medicos que seran utilizados en el area de urologia de este hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCO 10/100 DÓLARES					\$ 305.10
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 305.10				Fondos: <i>Propios</i>

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