



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



CUENTA:

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

| | | |
|--|--------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: IMPRESOS DOBLE G, S.A. DE C.V. | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-420-2015 |
| | SOLICITUD N° | 241-2015 |
| PLAZO DE ENTREGA: 8-15 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C | FECHA | 26-nov-15 |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL | FORMA DE PAGO | |
| ADMÓN. DE ORDEN: SR. ROLANDO GUEVARA | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|--|-----|----------|--------------|---------------------------|
| 1 | REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIÓN PREVENTIVA BLOCK 100 PÁGINAS IMPRESAS EN PAPEL PERIODICO A UNA TINTA EN TAMAÑO Y DISEÑO SEGÚN MUESTRA | C/U | 50 | \$ 5.75 | \$ 287.50 |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE 50 /100 DÓLARES | | | | | \$ 287.50 |
| Específico | 54105 | | | | Línea de Trabajo: 0202 |
| Valor US \$ | \$ 287.50 | | | | Fondos: PROPIOS |

Justificación: BLOCK PARA ABASTECER MES DE DICIEMBRE EN CONSULTA EXTERNA. 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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|