



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>BUSINESS CENTER, S.A DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-425-2015</b>
NIT:	SOLICITUD N°	<b>232-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>7 días hábiles despues de recibida la orden de compra</b>	FECHA	<b>26-nov-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Almacén General</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Almacén General</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Rolando Guevara</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Almohadilla color azul, N° 1. Marca Traxx	c/u	50	\$ 0.75	\$ 37.50
2	Engrapadora metálica, tira completa. Marca Offimate	c/u	25	\$ 1.65	\$ 41.25
3	Cajas de fastener metálico. Marca Offiplus	c/u	150	\$ 0.80	\$ 120.00
4	Plumones para pizarra de formica, color negro. Marca Offimate	c/u	25	\$ 0.24	\$ 6.00
	Papelería y artículos generales para uso en las diferentes áreas de este Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CUATRO 75 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 204.75</b>
Específico	<b>54114</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 204.75</b>				Fondos: <b>Propios</b>

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