



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>TECNICAS CLIMATICAS, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-438-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>233-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>2 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>03-dic-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>MANTENIMIENTO</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>SR. MANFREDY LÓPEZ</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<b>ADQUISICIÓN DE AIRES ACONDICIONADOS</b> MARCA: COMFORTSTAR CAPACIDAD: 24,000 BTU TIPO: MINI SPLIT MONOFÁSICO 208-220V FRECUENCIA: 60 HZ REFRIGERANTE R-410 TECNOLOGÍA INVERTER SEER 16 GARANTÍA: 1 AÑO X DESPERFECTOS DE FÁBRICA	C/U	2	1650	\$ 3,300.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TRES MIL TRESCIENTOS /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 3,300.00</b>
Específico	61102				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 3,300.00				Fondos: PROPIOS

Justificación: SON PARA CONSULTORIOS DE OFTALMOLOGIA DE 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
-----------------	---------------------	----------------	---