



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DROGUERIA SANTA LUCIA S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-03-2016</b>
	SOLICITUD N°	<b>249-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>05 dias hábiles, desp. de recibir o/c</b>	FECHA	<b>04-ene-16</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>BIENESTAR MAGISTERIAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>CITLALLY B. SOLORZANO</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Clipadora de 10mm aplicador automatico de clips, descartable 10mm de diametro, 30-35cm largo, cabeza giratoria de 360°, con 20 clips M-L de Titanio cod. ER320, caja x 3 unidades, empaque individual estéril, marca: Ethicon endo-surgery, inc. Fabricante: Jonhson & Johnson origen: USA	c/u	1	\$ 200.00	\$ 200.00
	Material para la paciente: Reina Guadalupe Morales con reg. 731383, del programa de Bienestar Magisterial.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 200.00</b>
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 200.00				Fondos: Propios

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