



## ***VERSIÓN PÚBLICA***

**“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)**



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>FLOR MARIA CASTILLO VALENCIA</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-259-2018</b>
	SOLICITUD N°	<b>99-2018</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>Inmediata</b>	FECHA	<b>16-jul-18</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Almacen General</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Unidad de Emergencia</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Dr. Stanley Olivares Urquilla</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	TARJETAS DE JEFE MEDICO SEGÚN MUESTRA, CON 2 ORIFICIOS LAMINADOS TIRO Y RETIRO ( ACCION PARA EL PLAN DE DESASTRES)	C/U	140	\$ 0.45	\$ 63.00
	Tarjetas que seran utilizadas en este hospital.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SESENTA Y TRES 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 63.00</b>
Específico	<b>54313</b>				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 63.00				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. SOL. 1543-2018

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