



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>RAF, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-251-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>093/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>30 días hábiles</b>	FECHA	<b>26-ago-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Departamento de Radiología</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Lic. Augusto César Romero Guardado</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Suministro de Recuperador de Plata de Rayos X de 1.5 glns para procesadora automática. <b>Marca: ROTEX. Origen: USA. Garantía: 1 año contra desperfectos de fabricación. Tiempo de Entrega: 30 días hábiles.</b>	c/u	2	\$2,175.25 \$	4,350.50
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA. 50/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 4,350.50</b>
Específico	<b>61103</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 4,350.50</b>				<b>Fondos: Fondo General</b>

Es **Urgente** el suministro de éste ya que se solicita como parte de las observaciones a superar en informe de la Dirección General de Evaluación y Cumplimiento Ambiental, según diagnóstico ambiental para el Hospital Nacional Zacamil - DGA 4350. Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

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