



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: CASTO OVIDIO RAMIREZ RIVERA	ORDEN DE COMPRA N°	3215-265-2014
	SOLICITUD N°	107-2014
PLAZO DE ENTREGA: 10 DIAS HABILES POSTERIOR A RECIBIR O/C	FECHA	08-sep-14
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: CONSULTA EXTERNA.	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Gerardo Cuenca	CRÉDITO 60 DÍAS	CONTADO

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Resina de fotocurado Brilliant NG estuche compuesto por seis Jeringas de 4 gr, c/u colores: Esmaltes: A1/B1, A2/B2, A3/D3, dentina A1/B1,A2/B2,A3/D3,una jeringa de acido grabador al 35% (Jeringa de 2.5ml), un frasco de adhesivo one coat bond sl(frasco de 5ml)Incluye una guía de colores: marca: Coltene Whaledent/origen:Suisa Vto. 2016 o mas segun existencia, Garantia no aplica	c/u	3	\$ 85.00	\$ 255.00
2	Fresa Multilaminada forma de llama FG marca: Swisstec/coltene Origen: Suisa	c/u	4	\$ 5.45	\$ 21.80
	Insumos medicos que seran utilizadpos en Maxilo Facial de la Consulta Externa				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS 80/100 DÓLARES					\$ 276.80
Especifico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 276.80				Fondos: Propios

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