



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



CUENTA:

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

| | | |
|---|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: DROGUERIA SANTA LUCIA S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-276-2014 |
| | SOLICITUD N° | 154-2014 |
| PLAZO DE ENTREGA: 03 DIAS HÁBILES DESP. DE RECIBIR o/c | FECHA | 16-sep-14 |
| LUGAR DE ENTREGA: Almacen General | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: Bienestar Magisterial | FORMA DE PAGO | |
| ADMN. DE ORDEN: Citlally Solorzano | CRÉDITO 60 DÍAS | CONTADO |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|--|-----|----------|--------------|--------------------------------|
| 1 | Endoloop, para ligadura, lazo de sutura de 5mm, calibre 0, con nudo prefabricado para ligar vasos sanguíneos y otras estructuras tabulares, con hebra de 18"(45cms)sin introductor cod.EJ10G, Origen:USA/Brasil, Marca:ETHICON | c/u | 2 | \$ 75.00 | \$ 150.00 |
| | Material que sera utilizado para la paciente: Ana Cecilia Valle, del programa de Bienestar Magisterial. Con req 643890 | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTOS CINCUENTA 00 100 DÓLARES | | | | | \$ 150.00 |
| Específico | 541.13 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 150.00 | | | | Fondos: Propios |

Justificación:

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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|