



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: JOEL FUENTE MOZO	ORDEN DE COMPRA N°	3215-278-2014
	SOLICITUD N°	111-2014
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA	FECHA	19-sep-14
LUGAR DE ENTREGA:		
UNIDAD SOLICITANTE: MANTENIMIENTO	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: JAVIER ANTONIO PEREZ	CRÉDITO 60 DÍAS	CONTADO

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio Profesional de Albañilería, a partir del 18/09/2014 en un periodo de 3 meses, con horario de lunes a viernes de 7:30am a 4:30pm, el pago sera quincenalmente. Pago mensual \$ 550.00 Quincenal \$ 275.00. Se requiere la presentación de una garantía de fiel cumplimiento por un valor equivalente al 12% del monto contratado, y una vigencia de 180 dias contados a partir de : Del 18/09/2014.Las actividades a desarrollar serán coordinadas por el Jefe de Mantenimiento.	Meses	3	\$ 550.00	\$ 1,650.00
	Servicio que servira para levantamiento de Pretiles en cerco para evitar ingresos de perro,y habilitacion de los contenedores de basura de este hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 00 /100 DÓLARES					\$ 1,650.00
Específico	543.99				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,650.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---