



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>SURTIDORA MEDICA, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-294-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>160-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>1-10 DIAS HÁBILES DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>23-sep-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN GENERAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>LUIS ALBERTO MORENO</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	<b>CONTADO</b>

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Jeringas de guyon 60ml, descartable, E.I.E. c/u, marca: Sensimedical Origen: China	c/u	2,032	\$ 0.22	\$ 447.04
2	Cod.10801015, Hojas para bisturí No.10. E.I.E, descartable c/u marca: Sensimedical Origen: China	c/u	400	\$ 0.06	\$ 24.00
3	Cod.10801045, Hojas para bisturí No.22. E.I.E, descartable c/u marca: Sensimedical Origen: China	c/u	1,500	\$ 0.06	\$ 90.00
4	Cod.10603025 Bolsa recolectora de orina auto adherible tamaño pediátrico, capacidad 100ml, E.I.E c/u, marca: Sensimedical Origen:China	c/u	2,057	\$ 0.08	\$ 164.56
	Insumos Medicos que seran utilizados en este hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS VEINTICINCO 60/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 725.60</b>
Específico	<b>541.07</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 725.60</b>				<b>Fondos: General</b>

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



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



**CUENTA:**

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