



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>CORPORACION NOBLE, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-308-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>145/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO después de recibir O/C.</b>	FECHA	<b>24-sep-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>DEPARTAMENTO DE ARSENAL Y CENTRAL DE ESTERILIZACIONES</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Departamento de Mantenimiento. Sección Equipo Básico</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Sr. Javier Antonio Pérez Martínez</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Instalación de Esterilizador Eléctrico de Doble Puerta	c/u	1	\$ 4,500.00	\$ 4,500.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATRO MIL QUINIENTOS.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 4,500.00</b>
Específico	54301				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 4,500.00				Fondos: Fondo General

Es **Urgente** la instalación de este equipo, ya que actualmente solo existe un equipo funcionando con regularidad en Central de Esterilizaciones, el cual no cubre la gran demanda de material para las cirugías planificadas y emergencias.

**Por el servicio de Instalación, específico 54301 el acta de recepción se le otorgará en el Departamento de Mantenimiento.**

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