



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-317-2014
	SOLICITUD N°	158-2014
PLAZO DE ENTREGA: 05 DIAS HÁBILES DESP. DE RECIBIDA O.C	FECHA	25-sep-14
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: LUIS ALBERTO MORENO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Bolsa para dreno, capacidad de 150ml, con adhesivo a piel y válvula de vaciado, empaque individual estéril descartable, bolsa DRAIN S 150ml, marca: B/Braun cod, BRAUN H28555A Origen: Alemania, cod hosp.19299900	C/U	300	\$ 4.50	\$ 1,350.00
2	Sutura quirúrgica absorbible de Catgut cromado, 4/0 con aguja ½ circulo redonda de 26mm y hebra de 75cm de longitud, empaque individual estéril (Catgut 4/0 c/a HR-26) cod, B0560413 cod. Hosp.1110215, marca: B/Braun Origen: Alemania, cod, hosp.11102015	C/U	152	\$ 1.90	\$ 288.80
	Insumos que seran utilizados para este Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO 80/100 DÓLARES					\$ 1,638.80
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,638.80				Fondos: <i>Generales</i>

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