



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>3215-324-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>153-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>01 a 10 dias hábiles</b>	FECHA	<b>26-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>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod.10601040, Aguja descartable 23x1" E.I.E marca: Sensimedical Origen: China	c/u	500	\$ 0.02	\$ 10.00
2	Cod.10605165, Cateter Intravenoso 18x1 1/2" marca: Sensimedical, Origen: China	c/u	5,000	\$ 0.22	\$ 1,100.00
3	Cod.10605180, Catéter Intravenoso 20 x 1 1/4" marca: Sensimedical, Origen: China	c/u	10,000	\$ 0.22	\$ 2,200.00
4	Cod.10605190, Catéter Intravenoso 22 x 1" marca: Sensimedical, Origen: China	c/u	7,000	\$ 0.22	\$ 1,540.00
5	Cod.10605200, Catéter Intravenoso 24 x 3/4" marca: Sensimedical, Origen: China	c/u	1,000	\$ 0.22	\$ 220.00
	Insumos para uso del Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CINCO MIL SETENTA 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 5,070.00</b>
Específico	<b>541.13</b>				<b>Línea de Trabajo:02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 5,070.00</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