



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: RAF, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-334-2014
	SOLICITUD N°	153-2014
PLAZO DE ENTREGA: 30 dias calendario, reglon 1 y los tres anteriores de 5 a 8 dias hábiles	FECHA	30-sep-14
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen General	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Luis Alberto Moreno	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 10661602 Papel termo sensible p/ electrocardiógrafo m/Hewlett Packard m/page writer 100resma, marca: Print Media (No impresa), Origen:Israel Vto. N/A,presentación: resma	resma	42	\$ 9.15	\$ 384.30
2	Cod. 10661660, Papel térmico para ultrasonografía de Alta Densidad SONY UPP-110HG Type V. de 110mmx18mts Aprox, marca: SONY Origen: Japón presentación rollo	rollo	44	\$ 17.01	\$ 748.44
3	Cod. 10401015,Set de fijador/reforzador x-omat, set para hacer 10 galones para procesadora, automática, marca: Carestream origen: USA Vto. 12-15 meses	c/u	10	\$ 35.10	\$ 351.00
4	Cod. 10401035,Set de Revelador/reforzador X-omat set para hacer 10 galones para procesadora automática marca: Carestream: origen: USA Vto. 12-15 meses	c/u	10	\$ 60.00	\$ 600.00
	Insumos que seran utilizados en este hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL OCHENTA Y TRES 74 /100 DÓLARES					\$ 2,083.74
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,083.74				Fondos:General

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