



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>O+A INGENIEROS ARQUITECTOS, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-349-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>176/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>30 días después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>06-oct-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil</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	TOTAL \$
1	Sustitución total del Techo del edificio del área administrativa de aproximadamente 1355 m <sup>2</sup> con lámina metálica de perfil estándar de aluminio y zinc, calibre 24, grado 80, con aislante térmico acústico. Según Oferta Original. <b>Tiempo de Entrega: 30 días después de recibir O/C.</b>	m <sup>2</sup>	1355	\$ 30,502.76

**EL CONTRATISTA DEBERA RENDIR UNA FIANZA DE BUENA OBRA, POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 10% DEL VALOR TOTAL CONTRATADO, CON VIGENCIA DE UN AÑO, A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DEL TRABAJO FINALIZADO; A FAVOR DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TREINTA MIL QUINIENTOS DOS.76/100 DÓLARES</b>				<b>\$ 30,502.76</b>
Específico	54301			Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 30,502.76			Fondos: <b>Fondo General</b>

Por sustitución total del techo del área administrativa

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