



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>ALFINTE, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-380-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>202/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>8 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>11-nov-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Sala de Conferencias, Oficinas de jefaturas de UFI Y UACI</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Dirección, UFI, UACI</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Licda. Verónica Beatriz Henríquez Mejía</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cortinas Enrollables Blackout, 1.15 x 1.9 mts. <b>Marca: LOMAN. País de Origen: Estados Unidos.</b> <b>Garantía: 1 año. Tiempo de Entrega: 8 días hábiles después de recibir O/C</b>	c/u	7	71.43	\$500.00
2	Cortinas Verticales, 1.15 x 1.9 mts. <b>Marca: LOMAN. País de Origen: Estados Unidos.</b> <b>Garantía: 1 año. Tiempo de Entrega: 8 días hábiles después de recibir O/C</b>	c/u	4	76.48	\$305.90
3	Cortinas Verticales, 1.15 x 1.9 mts. <b>Marca: LOMAN. País de Origen: Estados Unidos.</b> <b>Garantía: 1 año. Tiempo de Entrega: 8 días hábiles después de recibir O/C</b>	c/u	2	76.48	\$152.95
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO.85/100 DÓLARES</b>					<b>\$958.85</b>
Específico	<b>54104</b>				Línea de Trabajo: <b>02-04</b>
Valor US \$	<b>\$958.85</b>				Fondos: <b>Fondo General</b>

Cortinas a utilizarse en Sala de Conferencias, Oficinas de Jefatura UFI y Jefatura UACI.

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