



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSE FERNANDEZ” ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: CODIGOS Y SISTEMAS, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE	ORDEN DE COMPRA N°	3215-392-2014
	SOLICITUD N°	205/2014
PLAZO DE ENTREGA: 3 días hábiles después de recibir O/C	FECHA	25-nov-14
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: Departamento de Recursos Humanos	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Licda. Maricela Salvadora Coto de Chacón	<u>CRÉDITO 60 DÍAS</u>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Impresor de Tarjetas a dos caras, comunicación USB, TCP/IP Fuente de poder, CD Drivers, Rodillo y Tarjeta Limpiadora sin codificador de banda magnética. Sistemas operativos soportados Windows 98, 98SE, 2000, ME, NT, XP, Vista, Windows 7 (32 y 64). Marca: DATACARD CD800 DUPLEX. Garantía: 2 años. INCLUYE: Software de diseño y producción IDWorks intro V6.0. Dos Cintas YMCKT para 500 impresiones c/u. 1,000 Plásticos PVC sin banda magnética. 1,000 Clips. Capacitación de USO.	C/U	1	\$2,640.00	\$2,640.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA.00/100 DÓLARES					\$2,640.00
Específico	61102				Línea de Trabajo: 02-03
Valor US \$	\$2,640.00				Fondos: FONDO GENERAL

Para uso del Departamento de Recursos Humanos, con el objetivo de identificar a todos los empleados de la Institución

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