



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°	3215-410-2014
	SOLICITUD N°	247-2014
PLAZO DE ENTREGA: Facturar la primera semana de diciembre/2014	FECHA	02-dic-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. 1-04-02015 Película radiológica con base poliéster 24x30cms equivalente a 10x12", fluorescencia verde marca: Carestream, Origen: Usa/México Vto. 12-15 meses	c/u	40	\$ 48.29	\$ 1,931.60
2	Cod. 1-04-01015, set de fijador/reforzador X-omat set para hacer 10 galones para procesadora automática, marca: Carestream, Origen: Usa/México Vto. 12-15	c/u	18	\$ 31.85	\$ 573.30
3	Cod. 1-04-01035, set de Revelador/reforzador X-omat set para hacer 10 galones para procesadora automática, marca: Carestream, Origen: Usa/México Vto. 12-15	c/u	18	\$ 54.29	\$ 977.22
	Insumos para cubrir necesidades de este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS 12/100 DÓLARES					\$ 3,482.12
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 3,482.12				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
-----------------	---------------------	----------------	---