



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>TEFLONES Y MAS, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-415-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>173-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>45 días hábiles</b>	FECHA	<b>02-dic-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Almacén General</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Oftalmología</b>	FORMA DE PAGO	
ADMÓN. DE ORDEN: <b>Dr. José Eduardo Rivera Handal</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	<b>CONTADO</b>

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cureta Meyerhocfer Chalación Ref: OP 550-02, Ref: OP-550-04, marca: Surtex, país de fabricación: Inglaterra, origen: Inglaterra, sin vencimiento, garantía: un año por desperfectos de fábrica	C/U	2	44.90	89.80
2	Rotador de lente delicado punta de oliva 11.5 cm Ref: OP 725-11, marca: Surtex, país de fabricación: Inglaterra, origen: Inglaterra, sin vencimiento, garantía: un año por desperfectos de fabricación	C/U	2	41.60	83.20
3	Canula Sincoe aspiración e irrigación 23 G Ref: OP 459-23, marca: Surtex, país de fabricación: Inglaterra, sin vencimiento, garantía: un año por desperfectos de fábrica	C/U	6	160.00	960.00
	<b>Instrumental oftalmológico para el uso en los pacientes de este Hospital</b>				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL CIENTO TREINTA Y TRES 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,133.00</b>
Específico	<b>541.13</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 1,133.00</b>				<b>Fondos: Fondo General</b>

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