



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-01-2015
	SOLICITUD N°	173-2014
PLAZO DE ENTREGA: 45 dias hábiles	FECHA	09-oct-14
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Oftalmología	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Dr. José Eduardo Rivera Handal	CRÉDITO 60 DÍAS	CONTADO

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Separadores autorretentivos Barraquer de 45 mm, 1 3/4", marca: B Braun/ Aesculap, origen: Alemania/USA/otros paises fabricantes, Código Braun: OA200R	C/U	1	48.00	48.00
2	Separadores autorretentivos Lancaster de 80 mm, 3 1/8", marca: B Braun/Aesculap, origen: Alemania/USA/otros paises fabricantes, Código Braun: OA224R	C/U	1	203.00	203.00
3	Micropinzas tipo relojero de 135 mm, 5 1/4", marca: B Braun/Aesculap, origen: Alemania/USA/Otros paises fabricantes, Código Braun: BD335R	C/U	2	42.00	84.00
	Instrumental oftalmológico para el uso en los pacientes de este Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO 00/100 DÓLARES					\$ 335.00
Especifico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 335.00				Fondos: Fondo 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
-----------------	---------------------	----------------	---