



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>ESEBESA, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-014-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>191/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>10 días hábiles contados a partir de 1 día después de ingresada la muestra</b>	FECHA	<b>23-oct-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>UNIDAD AMBIENTAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Departamento de Epidemiología y ESDOMED. Unidad Ambiental</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Ing. Sandra Margarita Gavidia de Ávila</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Laboratorios Especializados en Control de Calidad de Análisis en la Descarga Final de los Recuperadores de Plata. <b>UN ANALISIS EN CADA RECUPERADOR DE PLATA PARA EL MES DE JUNIO DE 2015. Tiempo de Entrega: 10 días hábiles contados a partir de 1 día después de ingresada la muestra.</b>	c/u	1	\$ 99.44	\$ 99.44
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVENTA Y NUEVE.44/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 99.44</b>
Específico	54309				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 99.44				Fondos: <b>Fondos Propios</b>

Dichos análisis se tienen que realizar para dar fiel cumplimiento a la Norma Técnica de ANDA, Plan Hidro 2009, así como también a las medidas ambientales a cumplir dentro del Programa de Adecuación Ambiental establecidas en el Documento de Diagnóstico Ambiental DGA número 4350 del MARN

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