



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: ESEBESA, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-027-2015
	SOLICITUD N°	250/2014
PLAZO DE ENTREGA: 10 días hábiles contados a partir de 1 día después de ingresada la muestra	FECHA	10-dic-14
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: Departamento de Epidemiología y ESDOMED. Sección: Unidad Ambiental	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Ing. Sandra Margarita Gavidia de Ávila	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Laboratorios Especializados en Control de Calidad de Análisis de Aguas Residuales generadas en el área de Laboratorio Clínico: pH*, Demanda Química de Oxígeno*, Demanda Bioquímica de Oxígeno*, Sólidos Suspendidos Totales*, Sólidos Sedimentables* Aceites y Grasas*, Compuestos Fenólicos Sintéticos(Fenoles)	c/u	1	\$195.15	\$195.15
MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO NOVENTA Y CINCO.15/100 DÓLARES					\$195.15
Específico	54309				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$195.15				Fondos: FONDOS PROPIOS

El suministro de esto es para conocer si las aguas residuales provenientes del área de Laboratorio cumplen o no con la normativa ambiental específica.

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