



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



CUENTA:

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

| | | |
|--|--------------------|---------------------|
| SUMINISTRANTE : DIPROMEQUI S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-29-2015 |
| | SOLICITUD N° | 211-2014 |
| PLAZO DE ENTREGA : 1-6 DIAS HÁBILES | FECHA | 05-ene-15 |
| LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE : LABORATORIO DE CITOLOGIA | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN : DR. GUILLERMO MARTINEZ AVILES | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|---|-----|----------|--------------|-------------------------|
| 1 | Laminilla cubre objetos 22x50mm, presentación: Onzas, marca: JIANG FAN, Origen: CHINA, S/V, garantía un año | C/U | 800 | \$ 0.95 | \$ 760.00 |
| | Insumos para el area de Laboratorio de Citología de este hospital, Presupuesto asignado con fondos provenientes de las Damas Parlamentarias. | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SESENTA 00/100 DÓLARES | | | | | \$ 760.00 |
| Específico | 541.07 | | | | Línea de Trabajo: 02-03 |
| Valor US \$ | \$ 760.00 | | | | 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 |
| | | | |