



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>RAMIREZ MARTINEZ, ERICK ALBERTO (SISTEMAS VITALES)</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-58-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>259-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>SEGÚN LO ESPECIFICADO EN CADA RENGLÓN.</b>	FECHA	<b>19-ene-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNÁNDEZ", MEJICANOS, ZACAMIL, S.S.</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>MANTENIMIENTO</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>SR. MIGUEL ANGEL FLORES</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE BANDA PRUEBA DE ESFUERZO MARCA: BURDICK MODELO: EXTOL (T600 TREADMILL) # INVENTARIO: 0294-155-027-01-00008 FRECUENCIA: BIMENSUAL (FEBRERO, ABRIL Y JUNIO)	C/U	3	\$ 350.00	\$ 1,050.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL CINCUENTA /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,050.00</b>
Específico	54301				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,050.00				Fondos: GENERALES Y PROPIOS

**Justificación: ES URGENTE EL SUMINISTRO DE ESTOS SERVICIOS PARA REALIZAR MANTENIMIENTOS A LOS EQUIPOS YA DESCRITOS CON EL OBJETIVO DE BRINDAR UN BUEN SERVICIO HOSPITALARIO A LOS PACIENTES Y EMPLEADOS DE ESTE NOSOCOMIO.**

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