



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: GM GROUP, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-66-2015
	SOLICITUD N°	156-2014
PLAZO DE ENTREGA: 03 DIAS HABILES	FECHA	03-feb-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: AREA DE LAVANDERIA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: MIRNA ESTELA ORELLANA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Mascarilla a vapor, marca: Elipse	c/u	7	\$ 31.00	\$ 217.00
2	Repuesto para mascarilla a vapor (Incluye cartuchos, filtros para cartucho y retenedores para filtros marca: Elipse	c/u	12	\$ 15.50	\$ 186.00
3	Guante de cuero manga corta Marca: Westchester	par	6	\$ 3.30	\$ 19.80
4	Botas de hule con cubo de acero modelo: Predator	par	7	\$ 25.55	\$ 178.85
5	Lentes Protectores Claros Marca:Pyramex Modelo: S4110S	c/u	7	\$ 1.47	\$ 10.29
6	Protector de Oídos tipo Diadema protección 25 DB. Marca: Duraplug	c/u	12	\$ 4.98	\$ 59.76
7	Cinturon para levantar carga con ajuste de velcro marca: Liberty Gloves	c/u	7	\$ 11.50	\$ 80.50
	Equipo de proteccion para el personal de Lavanderia y Costureria.				
MONTO TOTAL EN LETRAS:SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS 20/100 DÓLARES					\$ 752.20
Específico	541.18				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 752.20				Fondos:General

Justificación: Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados la empresa debera coordinar con el administrador de la orden de compra fecha y hora de entrega en el almacen respectivo

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