



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°	3215-072-2015
	SOLICITUD N°	016/2015
PLAZO DE ENTREGA: 1 a 6 días hábiles después de recibir O/C	FECHA	16-feb-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Sr. Luis Alberto Moreno Cruz	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-02-0205 Electrodo de monitoreo cardiorespiratorio autoadherible, adulto, descartable. Marca: SWAROMED. País de Origen: Austria. Vencimiento: no menor a 18 meses. Garantía: Un año.	c/u	13,200	\$0.07	\$924.00
2	1-06-00410 Sistema de succión cerrado 3/16" (4.88mm), empaque individual estéril descartable, con su equipo conector de 400ml, graduado. Marca: MICROTEK. País de Origen: República Dominicana. Vencimiento: no menor a 2 años. Garantía: Un año.	c/u	60	\$14.00	\$840.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO.00/100 DÓLARES					\$1,764.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$1,764.00				Fondos: FONDO GENERAL

Para ser utilizados por un período aproximado de tres meses

NOTA: Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la Empresa debe coordinar con el Administrador de la Orden de Compra, la fecha y hora de entrega en el Almacén respectivo. Facturar 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
-----------------	---------------------	----------------	---