



CUENTA:

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

| | | |
|--|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-079-2015 |
| | SOLICITUD N° | 017/2015 |
| PLAZO DE ENTREGA: 1 - 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 | 1-06-05325 Catéter de Succión Flexible con interruptor con punta redonda 16Fr, 60cm longitud, empaque individual estéril descartable. Marca: MEDSTAR. País de Origen: China. Vencimiento: no menor de 2 años. Garantía: Un año. | c/u | 900 | \$0.16 | \$144.00 |
| 2 | 1-93-03445 Catéter Torácico N°40Fr x 40 – 45 cm con línea radiopaca y agujero centinela empaque individual estéril descartable. Marca: MEDEX. País de Origen: Colombia. Vencimiento: no menor de 2 años. | c/u | 15 | \$2.15 | \$32.25 |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO SETENTA Y SEIS.25/100 DÓLARES | | | | | \$176.25 |
| Específico | 54113 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$176.25 | | | | Fondos: FONDOS PROPIOS |

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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|