



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>CASAMED, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-082-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>018/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>1 - 3 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>16-feb-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN GENERAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-07-03015 Gasa tipo V según USP 32, predoblada 100yds x 36" ancho (trama 16-20 urdimbre 20-24 peso 22.5-28.8g/m <sup>2</sup> ) <b>Marca: CHANNELMED. País de Origen: China. Vencimiento: no tiene.</b>	c/u	300	\$19.78	\$5,934.00
2	1-92-00332 Apósito transparente 6 x 7 cm adhesivo E.I.E. <b>Marca: PHARMAPLAST. País de Origen: Egipto. Vencimiento: 18 meses.</b>	c/u	2,000	\$0.21	\$420.00
3	1-92-00156 Apósito transparente adhesivo 10x12cm. <b>Marca: PHARMAPLAST. País de Origen: Egipto. Vencimiento: 18 meses.</b>	c/u	1,500	\$0.61	\$915.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$7,269.00</b>
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$7,269.00				Fondos: <b>FONDO GENERAL</b>

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