



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE : <i>SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C. V.</i>	ORDEN DE COMPRA N°	3215-098-2015
	SOLICITUD N°	029/2015
PLAZO DE ENTREGA : <i>INMEDIATA después de recibir O/C</i>	FECHA	02-mar-15
LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE : <i>Almacén General</i>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN : <i>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</i>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-97-07435 Solución acuosa de clorhexina al 4% con dispensador, sostenedor de pared y bomba de pie, frasco de 887 ml. REF. 4CHG4-FM. Marca: CAREFUSION/CARDINAL HEALT País de Origen: USA.	c/u	56	\$24.00	\$1,344.00
2	1-97-10120 Detergente enzimatico, formulado p/limpieza manual o automática de instrumental quirúrgico, galón. Ref. 25132-001L. Marca: CAREFUSION/CARDINAL HEALT País de Origen: USA.	c/u	14	\$49.00	\$686.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL TREINTA.00/100 DÓLARES					\$2,030.00
Específico	54107	54113			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$2,030.00				Fondos: Fondo General

Insumos médicos para ser utilizados en pacientes de éste Hospital.

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