



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>3215-099-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>029/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA : <b>1 - 3 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>02-mar-15</b>
LUGAR DE ENTREGA : <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE : <b>Almacén 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	1-06-00040 Bolsa urinaria graduada de 1-2 lt. Estéril válvula de vaciado antirreflujo, fija de látex con filtro. <b>Marca: CHANNELMED. País de Origen: CHINA. Vencimiento: Mínimo 18 meses.</b>	c/u	1,270	\$1.53	\$1,943.10
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES.10/100 DÓLARES</b>					<b>\$1,943.10</b>
Específico	<b>54107</b>	<b>54113</b>			Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$1,943.10				Fondos: <b>Fondo General</b>

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