



Hospital Nacional
“Dr. Juan José Fernández”
 Zacamil, Mejicanos, S.S.



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSE FERNANDEZ” ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: FALMAR, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-113-2015
	SOLICITUD N°	021/2015
PLAZO DE ENTREGA: 5 - 20 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR O/C	FECHA	13-mar-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: Laboratorio Clínico	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Licda. Edith Benítez de Vásquez	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	CODIGO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	31102336	Wright's Cert. X492 AR. Presentación: Frasco x 25 gr. Marca: JT. BAKER / Macron / Otros. País de Origen: USA / Mexico / Otros. Vencimiento: 2 años después de recibirlo en almacén del HNZ.	c/u	4	\$85.00	\$340.00
2	30101222	Alcohol Metílico ABS 9070 AR. Fco x 4 lt. Marca: JT. BAKER / Macron / Otros. País de Origen: USA / Mexico / Otros. Vencimiento: 2 años después de recibirlo en almacén del HNZ.	c/u	25	\$25.00	\$625.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO.00/100 DÓLARES						\$965.00
Específico	54107					Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$965.00					Fondos: FONDO GENERAL

Insumos necesarios para realizar exámenes de laboratorio clínico a pacientes de este 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
-----------------	---------------------	----------------	---