



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE : <b>INNOVACIONES MEDICAS S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-124-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>54-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA : <b>01 DIAS HABIL</b>	FECHA	<b>16-mar-15</b>
LUGAR DE ENTREGA : <b>Almacen General</b>		
UNIDAD SOLICITANTE : <b>Bienestar Magisterial</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN : <b>Citlally Solorzano</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Placa 1/3 de tubo 5 Orificios	c/u	1	\$ 20.00	\$ 20.00
2	Tornillo Cortical 3.5 x 12mm	c/u	3	\$ 8.00	\$ 24.00
3	Tornillo Cortical 3.5 x 14mm	c/u	1	\$ 8.00	\$ 8.00
4	Tornillo Cortical 3.5 x18mm	c/u	1	\$ 8.00	\$ 8.00
5	Tornillo Esponjoso 4.0x40mm,rosca parcial, todo los renglones de Marca: Ortosintese, Origen: Brasil	c/u	1	\$ 8.00	\$ 8.00
	Material para la paciente: Verónica Joseti Zelaya, con reg. 609310, del programa de Bienestar Magisterial.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SESENTA Y OCHO 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 68.00</b>
Específico	<b>541.13</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 68.00</b>				<b>Fondos:Propios</b>

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa deberá coordinar con el administrador de la orden de compra fecha y hora de entrega en el almacen respectivo.

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada 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
-----------------	---------------------	----------------	---