



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: CONSULTORES ASOCIADOS PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE (COPROSER)	ORDEN DE COMPRA N°	3215-128-2015
	SOLICITUD N°	51-2015
PLAZO DE ENTREGA: 30 DIAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	26-mar-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: MANTENIMIENTO	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: SR. MIGUEL FLORES	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	BOMBILLOS 12 v X 50 w MARCA: TOPCON PROCEDENCIA: USA GARANTÍA: 1 AÑO POR DESPERFECTOS DE FABRICACIÓN CON ASIENTO DE COBRE, VIDA MEDIA DE 75 HORAS PARA SER INSTALADOS EN MICROSCOPIO QUIRÚRGICO # INVENTARIO: 0294-155-060-01-00002 UBICADO EN CX. AMBULATORIA	C/U	4	\$ 243.00	\$ 972.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS SETENTA Y DOS /100 DÓLARES					\$ 972.00
Específico	54119				0202
Valor US \$	\$ 972.00				Fondos: FONDOS GENERALES

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICIÓN DEL SUMINISTRO DE ESTOS BOMBILLOS PARA SER UTILIZADOS EN REPARACIÓN DE MICROSCOPIO QUIRÚRGICO. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN 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
-----------------	---------------------	----------------	---