



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



CUENTA:

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

| | | |
|--|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-144-2015 |
| | SOLICITUD N° | 057/2015 |
| PLAZO DE ENTREGA: 1 - 3 días hábiles después de recibir O/C | FECHA | 21-abr-15 |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: Almacén General | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN: Sr. Luis Alberto Moreno Cruz | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|---|-----|----------|--------------|----------------------------------|
| 1 | 1-03-60900 Inspirómetro de Incentivo p/terapia respiratoria, con capacidad de 5,000 ml. Uso Adulto. Marca: HUDSON / TELEFLEX MEDICAL. Modelo: 8884719009 (14-111510). Origen: USA / MEXICO. Vencimiento: N/A. | c/u | 25 | \$5.15 | \$128.75 |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO VEINTIOCHO.75/100 DÓLARES | | | | | \$128.75 |
| Específico | 54113 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$128.75 | | | | Fondos: FONDOS PROPIOS |

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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|