



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-201-2015
	SOLICITUD N°	080/2015
PLAZO DE ENTREGA: 5 días hábiles después de recibir O/C	FECHA	18-may-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacén General	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Sr. Luis Alberto Moreno Cruz	<u>CRÉDITO 60 DÍAS</u>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-06-08045 Mascarilla quirúrgica rectangular doble forro de amarrar con soporte nasal, descartable. Presentación: Caja x 50 unidades. Marca: SENSIMEDICAL. Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años	c/u	20,000	\$0.03	\$600.00
2	1-08-01040 Hoja para bisturí N° 21 acero inoxidable, empaque individual estéril descartable. Presentación: Caja x 100 unidades. Marca: SENSIMEDICAL. Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años	c/u	3,000	\$0.05	\$150.00
3	1-08-01045 Hoja para bisturí N° 22 acero inoxidable, empaque individual estéril descartable. Presentación: Caja x 100 unidades. Marca: SENSIMEDICAL. Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años	c/u	3,000	\$0.05	\$150.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS.00/100 DÓLARES					\$900.00
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$900.00				Fondos: FONDO GENERAL

Insumos médicos para ser utilizados en 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
-----------------	---------------------	----------------	---