



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DATAPRINT DE EL SALVADOR, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-272-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>126-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>05 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>21-jul-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>AREA DE SISTEMA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>ELMER CRISTOBAL ACOSTA</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Tinta para impresor Epson LX-350	c/u	40	\$ 4.12	\$ 164.80
2	Tóner para impresor HP laserjet P2055dn CE505A(05A)	c/u	20	\$ 83.62	\$ 1,672.40
3	Tóner para impresor HP laserjet P1606 CE 278A (78A)	c/u	6	\$ 62.15	\$ 372.90
4	Tinta HP 122 CH561HL negro	c/u	6	\$ 10.70	\$ 64.20
	Insumos de Toner para ser utilizados en este Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO 30/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 2,274.30</b>
Específico	541.15				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,274.30				Fondos: General

Antes de Procesar con la entrega de los bienes contratados, la empresa deben coordinar con el administrador de la orden de compra la fecha y hora de entrega en el almacén.

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
-----------------	---------------------	----------------	---