



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE : <b>EVERGRAND EL SALVADOR S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-357-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>205-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA : <b>45 DIAS DESP. DE RECIBIR O/C</b>	FECHA	<b>27-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA : <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE : <b>BIENESTAR MAGISTERIAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN : <b>CITLALLY B. SOLORZANO</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Clipadora Direct Drive Laparoscopica de 10mm, rotatoria, de 20 clips de titanio M/L tigold empaque individual estéril, descartable ref. CA090, marca: Applied. Origen: USA Vto. No menor a 18 meses	C/U	2	\$ 172.00	\$ 344.00
	Material para la paciente: Ana Olmedo con reg. 488044 y William Alexander Portillo con reg. 728266, del programa de Bienestar Magisterial.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO 00 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 344.00</b>
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 344.00				Fondos: General

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