



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: ALMACENES PACIFICO, JORGE PACIFICO HASBUN, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-375-2015
	SOLICITUD N°	193-2015
PLAZO DE ENTREGA: 7 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	06-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: RECURSOS HUMANOS	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: LICDA. LILIAN PÉREZ	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	TELA OXFORD LISO 339-60 MARCA: IUSA ORIGEN: EL SALVADOR CÓDIGO: 10150855003226 COLOR: 226** GARANTÍA: 12 MESES PRESENTACIÓN: BOLSA SEPARADA DE 1 ½ YARDAS	YARDA	34.5	\$ 3.93	\$ 135.59
2	TELA OXFORD LISO 866-60 MARCA: IUSA ORIGEN: EL SALVADOR CÓDIGO: 0855 COLOR: 703-GRIS GARANTÍA: 12 MESES PRESENTACIÓN: BOLSA SEPARADA DE 1 ½ YARDAS	YARDA	34.5	\$ 3.93	\$ 135.59
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS SETENTA Y UNO 17/100 DÓLARES					\$ 271.17
Específico	54104				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 271.17				Fondos: <i>Propios</i>

Justificación: ES PARA UNIFORMES DEL PERSONAL DEL HOSPITAL .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
-----------------	---------------------	----------------	---