



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: DROGUERIA HEALTH EL SALVADOR, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-386-2015
	SOLICITUD N°	208-2015
PLAZO DE ENTREGA: Inmediata un dia hábil	FECHA	09-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen General	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Luis Alberto Moreno	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod.10600600, Zapatera descartable talla universal con superficies antideslizantes, par, marca: Health origen :China	c/u	400	\$ 0.08	\$ 32.00
2	Cod. 10606020, Guante Quirúrgico de látex No. 7 ½, estéril descartable, par, marca: Health origen: China, Vto 2017	c/u	4750	\$ 0.19	\$ 902.50
3	Cod.10606035, Guante de látex para examen talla "L" descartable caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia	c/u	245	\$ 3.55	\$ 869.75
	Insumos Medicos para ser utilizados en este Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL OCHOCIENTOS CUATRO 25/100 DÓLARES					\$ 1,804.25
Específico	541.13				Línea de Trabajo: 20-02
Valor US \$	\$ 1,804.25				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 almacen 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
-----------------	---------------------	----------------	---