



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: INFRA DE EL SALVADOR, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-391-2015
	SOLICITUD N°	208-2015
PLAZO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C	FECHA	10-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: LUIS ALBERTO MORENO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	cod. 10100010, Circuito para anestesia adulto (dos tubos de 40" mascarilla, bolsa de 3 litros, filtro antibacterial). marca: HUDSON RC/TELEFLEX MEDICAL, modelo:357113(14-111453, origen: Mexico/Taiwan	C/U	150	\$ 7.00	\$ 1,050.00
2	Cod.19195035,Filtro humidificador con intercambiador de calor y humedad (HME), Marca:Gibeck/Hudson/Teleflex, Modelo:19402(14-111420), origen: Malaysia	C/U	50	\$ 3.35	\$ 167.50
	Insumos Médicos que seran utilizados en este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL DOSCIENTOS DIECISIETE 50/100 DÓLARES					\$ 1,217.50
Específico	514.13				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,217.50				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
-----------------	---------------------	----------------	---