



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°	3215-403-2015
	SOLICITUD N°	218-2015
PLAZO DE ENTREGA: 15 dias habiles desp. de recibir o/c	FECHA	13-nov-15
LUGAR DE ENTREGA: Almacen General		
UNIDAD SOLICITANTE: Mantenimiento	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Sr. Miguel Flores	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Botas de seguridad con cubo de acero 100% piel, alto 6 pulg, suela de hule pegada al corte resistente derivados del petróleo, cubo de bajo norma ASTM F2412-05/F2413-05 tallas 6 al 12 USA(masculino)disponible en colores negro y café garantía un mes por defectos de fábrica, marca: RHINO(66011), Origen: Guatemala	c/u	19	\$ 60.00	\$ 1,140.00
	Suministro de Botas, como proteccion de seguridad para personal de Mantenimiento de este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL CIENTO CUARENTA 00 /100 DÓLARES					\$ 1,140.00
Especifico	541.04				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,140.00				Fondo: General Fondo: Propios

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