



## *VERSIÓN PÚBLICA*

**“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)**

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”**



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



**CUENTA: HOSPITAL NACIONAL**  
**"DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ"**  
**ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

|  |                        |                  |
|--|------------------------|------------------|
| SUMINISTRANTE: <i>NIPRO MEDICAL CORPORATION</i><br><i>SUCURSAL EL SALVADOR</i> | ORDEN DE COMPRA<br>N°  | 3215-143-2014    |
| NIT: <i>9450-220296-101-4</i>  | SOLICITUD N°           | <i>040/2014</i>  |
| PLAZO DE ENTREGA: <i>2 A 20 días hábiles</i><br><i>después de recibir O/C</i>  | FECHA                  | <i>22-abr-14</i> |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>                                       |                        |                  |
| UNIDAD SOLICITANTE: <i>Laboratorio Clínico</i>                                 | FORMA DE PAGO          |                  |
| ADMN. DE ORDEN: <i>Licda. Edith Benítez de Vásquez</i>                         | <b>CRÉDITO 60 DÍAS</b> |                  |

| RGN.   | DESCRIPCIÓN   | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$                         |
|--|---|-----|----------|--------------|----------------------------------|
| 1  | Código: 30503324 FRASCO DE POLIPROPILENO, CAPACIDAD 4 ONZAS, ESTERIL, DESCARTABLE. Marca: NIPRO. Origen: JAPON / ITALIA. Vencimiento: Mínimo 2 años. Tiempo de Entrega: de 2 a 20 días hábiles después de recibir O/C | c/u | 1,000    | \$ 0.12      | \$ 120.00                        |
| <b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO VEINTE.00/100 DÓLARES</b> |   |     |          |              | <b>\$ 120.00</b>                 |
| Específico   | 54107   |     |          |              | Línea de Trabajo:<br>02-02       |
| Valor US \$  | \$ 120.00   |     |          |              | Fondos:<br><i>Fondos Propios</i> |

Se requiere adquirir estos insumos para realizar diversas pruebas a pacientes que vienen a pasar consulta o se encuentran hospitalizados en los distintos servicios de este Hospital.

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.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>UACG (UACI)<br>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES<br><i>[Signature]</i> | <br>AUTORIZÓ DIRECTOR<br><i>[Signature]</i> | REGISTRÓ (UFI)<br><i>[Signature]</i><br>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL<br>JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL<br><i>[Signature]</i> | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello<br><i>[Signature]</i><br><i>Sara Cordova 24/4/2014</i><br><br>NIPRO MEDICAL CORPORATION<br>EL SALVADOR |
|---|---|---|--|



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



**CUENTA: HOSPITAL NACIONAL**  
**“DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ”**  
**ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

|  |                        |                      |
|--|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: <b>NIPRO MEDICAL CORPORATION</b><br><b>SUCURSAL EL SALVADOR</b> | ORDEN DE COMPRA<br>N°  | <b>3215-143-2014</b> |
|  | SOLICITUD N°           | <b>040/2014</b>      |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>2 A 20 días hábiles</b><br><b>después de recibir O/C</b>  | FECHA                  | <b>22-abr-14</b>     |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>                                       |                        |                      |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>Laboratorio Clínico</b>                                 | FORMA DE PAGO          |                      |
| ADMN. DE ORDEN: <b>Licda. Edith Benítez de Vásquez</b>                         | <b>CRÉDITO 60 DÍAS</b> |                      |

| RGN.   | DESCRIPCIÓN  | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$                                 |
|--|--|-----|----------|--------------|--|
| 1  | <b>Código: 30503324</b> FRASCO DE POLIPROPILENO, CAPACIDAD 4 ONZAS, ESTERIL, DESCARTABLE. <b>Marca: NIPRO.</b><br><b>Origen: JAPON / ITALIA. Vencimiento:</b> Mínimo 2 años. <b>Tiempo de Entrega:</b> de 2 a 20 días hábiles después de recibir O/C | c/u | 1,000    | \$ 0.12      | \$ 120.00                                |
| <b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO VEINTE.00/100 DÓLARES</b> |  |     |          |              | <b>\$ 120.00</b>                         |
| Específico   | <b>54107</b>   |     |          |              | <b>Línea de Trabajo:</b><br><b>02-02</b> |
| Valor US \$  | <b>\$ 120.00</b>   |     |          |              | <b>Fondos:</b><br><b>Fondos Propios</b>  |

Se requiere adquirir estos insumos para realizar diversas pruebas a pacientes que vienen a pasar consulta o se encuentran hospitalizados en los distintos servicios de este Hospital.

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.

|                 |                     |                |   |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|                 |                     |                |   |