



## ***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)**



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>GENERAL SAFETY, EL SALVADOR, S.A</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-373-2017</b>
NIT:	SOLICITUD N°	<b>277-2017</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>5 A 10 DIAS</b>	FECHA	<b>29-nov-17</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>MANTENIMIENTO</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>SR. Javier Perez</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Casco de seguridad marca: Bullard modelo s61 con suspensión ratch aprobación ANSI Z69 1-2003 type 1-Class E& color blanco	C/U	4	\$ 8.48	\$ 33.92
	Casco de seguridad para el personal de mantenimiento de este hospital.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TREINTA Y TRES 92/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 33.92</b>
Específico	54118	54106			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 33.92				Fondos: <b>General-Propios</b>

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