



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: FALMAR S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-126-2018
NIT:	SOLICITUD N°	67-2018
PLAZO DE ENTREGA: 05 A 15 DIAS HABILES	FECHA	21-mar-18
LUGAR DE ENTREGA: LABORATORIO CLINICO		
UNIDAD SOLICITANTE: LABORATORIO CLINICO	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: JOHANA NAHIELLY ESTER CALDERON	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Solución de dextrosa 100 gramos para prueba de tolerancia a la glucosa, vía oral, frasco de 300ml, PRUEDEX 100, presentación: Frasco x 300ML , marca: Falmar origen: El Salvador	C/U	60	\$ 2.60	\$ 156.00
	Reactivo para Laboratorio Clinico de este Hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA Y SEIS 00/100 DÓLARES					\$ 156.00
Especifico	54309	54107			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 156.00				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. Sol.3061-2018

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