



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>TEXTILES VARIOS SALVADOREÑOS, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-287-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>135/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>5 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>19-sep-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Departamento de Servicios Generales. Sección Lavandería y Costura</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Licda. Mirna Estela Orellana</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Tela para la confección de mosquiteros <b>Presentación:</b> Fardos de 50 yardas (No tubos). <b>País de Origen:</b> EL SALVADOR. <b>Vencimiento:</b> 12 meses. <b>Tiempo de Entrega:</b> 5 días hábiles después de recibir O/C	yardas	960	\$ 0.45	\$ 432.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 432.00</b>
Específico	<b>54104</b>				<b>Línea de Trabajo: 01-01</b>
Valor US \$	\$ 432.00				<b>Fondos: Fondo General</b>

Es **Urgente** el suministro de estos insumos para la confección de prendas hospitalarias, para la finalización y cumplimiento de necesidades del año 2014.

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