



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



CUENTA:

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

| | | |
|---|------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: SUMINISTROS FMQ, S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-296-2014 |
| | SOLICITUD N° | 160-2014 |
| PLAZO DE ENTREGA: Inmediata a la O/C | FECHA | 23-sep-14 |
| LUGAR DE ENTREGA: Almacen General | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: Almacen General | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN: Luis Alberto Moreno | CRÉDITO 60 DÍAS | CONTADO |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|---|--|-----|----------|--------------|------------------------|
| 1 | Rollo 1 libra Algodón Hidrófilo, marca: Pro-Medici, funda plástica protectora, con película de plástico interpuesto, algodón natural, sin mezcla de Nylon, o cualquier otra fibra sintética, Algodón vegetal biodegradable C.SS.P No.8 s/vto. Origen: El Salvador. cod. 10700010 | c/u | 600 | \$ 3.15 | \$ 1,890.00 |
| | Insumos Medicos que seran utilizados en este Hospital. | | | | \$ - |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA 00/100 DÓLARES | | | | | \$ 1,890.00 |
| Específico | 541.13 | | | | Línea de Trabajo:02-02 |
| Valor US \$ | \$ 1,890.00 | | | | Fondos: General |

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 |
| | | | |