



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>SCAN DE EL SALVADOR S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-338-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>165-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATA</b>	FECHA	<b>02-oct-14</b>
LUGAR DE ENTREGA:		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>TRABAJO SOCIAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>SONIA DE MONTERROSA</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Resonancia Magnetica de Hombro Derecho	c/u	1	\$ 320.00	\$ 320.00
	Examen para la paciente: Karla Marisol Quijano, Quien pertenece al Programa de INDES.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTE 00 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 320.00</b>
Específico	<b>541.13</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 320.00</b>				<b>Fondos: General</b>

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