



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-378-2014
	SOLICITUD N°	214/2014
PLAZO DE ENTREGA: ENTREGAS PARCIALES SEGÚN LO REQUIERA EL HOSPITAL	FECHA	06-nov-14
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: Departamento de Mantenimiento	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Ing. Eduardo Ernesto Pérez Castillo	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Suministro de Oxígeno Líquido, servido en pipas, según necesidad del HNZ para los meses de Noviembre y Diciembre 2014. Serán ENTREGAS PARCIALES .	galón	5,900	\$9.70	\$57,230.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA.00/100 DÓLARES					\$57,230.00
Específico	54123				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$57,230.00				Fondos: FONDO GENERAL

Es Urgente el Suministro para cubrir el resto del año la dotación de oxígeno que cada servicio necesita.

LA EMPRESA DEBERA PRESENTAR GARANTIA DE CUMPLIMIENTO POR UN MONTO EQUIVALENTE AL 12% DEL VALOR DEL CONTRATO A NOMBRE DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S. CON VIGENCIA DE 150 DIAS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA ORDEN DE COMPRA.

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