

Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández"

GOBLERNO DE SALUD
GOBLERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

Zacamil, Mejicanos, S.S

CUENTA:

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

| SUMINISTRANTE: MEDICALD INVERSIONES S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-407-2014 |
|---|-----------------------|---------------|
| | SOLICITUD N° | 246-2014 |
| PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA 3 DIAS | FECHA | 02-dic-14 |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN GENERAL | FORMA I | DE PAGO |
| ADMON. DE ORDEN:LUIS ALBERTO MORENO | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | | DESCRIPCIÓN | | U/M | CANTIDAD | PREC | IO U. \$ | Т | OTAL\$ |
|--|---|-------------|-----|-----|----------|------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | Cod. 1-11-03005, Nylon, no Absorbible, Monofilamento, color negro, calibre 10-0 doble aguja espatulada Premium 6mm, ¼ circulo hebra 30cms de longitud, Marca: Atramat, cod. EA64100/2-30N, presentación cada de 12 unidades. Marca: Atramat, Origen: México | | C/U | 156 | \$ | 5.21 | \$ | 812.76 | |
| | Insumos para cubrir las necesidades de este hospital. | | | | | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: OCHOCIENTOS DOCE 76/100 DÓLARES | | | | | | \$ | 812.76 | | |
| Especí | fico | 541.13 | | | | | | Línea de | Trabajo <i>:02-02</i> |
| Valor L | JS\$ | \$ 812.76 | | | | | | Fondo | s: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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |