



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-023-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>221/2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>15 días hábiles</b>	FECHA	<b>19-nov-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Subdirección Administrativa</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Lic. Guillermo Antonio Flores Parada</b>	<b><u>CRÉDITO 60 DÍAS</u></b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio de Seguro de Incendio de Bienes propiedad del Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil, ubicados en Calle La Ermita y Avenida Castro Morán Centro Urbano José Simeón Cañas, departamento de San Salvador, municipio de Mejicanos: Almacén de Insumos Generales, Materiales Médico Quirúrgicos y Repuestos de Mantenimiento, suma asegurada \$300,000.00. Almacén de Medicamentos y Farmacia ubicado en el Hospital Nacional Zacamil, suma asegurada \$300,000.00. Equipo de Oficina, Equipo Médico Quirúrgico y Accesorios del Hospital Nacional Zacamil suma asegurada \$300,000.00. Robo y/o Hurto suma asegurada \$15,000.00 para el período comprendido de las 0 horas del 1 de Enero de 2015 a las 24 horas del día 31 de Diciembre de 2015. Según condiciones establecidas en la Oferta presentada.	c/u	1	\$2,593.35	\$2,593.35
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y TRES.35/100 DÓLARES</b>					<b>\$2,593.35</b>
Específico	55602				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$2,593.35				Fondos: <b>FONDOS PROPIOS</b>

Para cobertura de los Almacenes y Bienes del Hospital

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