



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: FALMAR, S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-28-2015
NIT: 0614-310387-004-0	SOLICITUD N°	211-2014
PLAZO DE ENTREGA: 05 A 10 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C	FECHA	05-ene-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: LABORATORIO DE CITOLOGIA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Dr. Guillermo Martinez	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Etanol Absoluto 99°, presentación: 24 Bidones x 20 litros, marca: Distribuidora Salvadoreña/Ingenio la cabaña/otros Origen: El Salvador/Otros	Litros	480	\$ 4.00	\$ 1,920.00
2	Xilol AR, presentación: 20 frascos x 20 litros, marca: JT.Baker/Macron/otros, origen: USA/México/Otros	Litros	400	\$ 7.50	\$ 3,000.00
3	Aluminio y potasio Sulfato AR, Presentación: 8 frascos x 500gramos, marca: JT.Baker/Macron/Otros, Origen: USA/México/Otros	frasco	4	\$ 65.00	\$ 260.00
	Insumos para el area de Laboratorio de Citologia de este hospital, Presupuesto asignado con fondos provenientes de las Damas Parlamentarias.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: CINCO MIL CIENTO OCHENTA 00/100 DÓLARES					\$ 5,180.00
Específico	541.07				Línea de Trabajo: 02-03
Valor US \$	\$ 5,180.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---