



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°	3215-64-2015
	SOLICITUD N°	03-2015
PLAZO DE ENTREGA: REGLON 1 (3-5 DIAS CALENDARIO) REGLON 2 (30 DIAS CALENDARIO)	FECHA	26-ene-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: ANESTESIOLOGIA	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: SR. MIGUEL FLORES	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	SENSORES DE FLUJO PARA MÁQUINA DE ANESTESIA MARCA: DATEX-OHMEDA, PAIS DE ORIGEN: USA, VENCIMIENTO: NA. GARANTIA: 2 MESES, CONTRA DESPERFECTO DE FÁBRICA, NO POR MAL USO.	C/U	7	\$ 226.00	\$ 1,582.00
2	CABLE SENSOR SPO2 PARA MONITOR DE MÁQUINA DE ANESTESIA DATEX-OHMEDA (INCLUYE CABLE SENSOR Y TRONCAL) MARCA: GE, PAIS DE ORIGEN: USA, VENCIMIENTO: NA, GARANTÍA: 2 MESES CONTRA DESPERFECTO DE FÁBRICA NO POR MAL USO.	C/U	4	\$ 260.00	\$ 1,040.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL SEISCIENTOS/100 DÓLARES					\$ 2,622.00
Específico	54118				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 2,622.00				Fondos: FONDOS GENERALES

Justificación: Es Urgente el suministro de Sensor de flujo para las máquinas de anestesia Datex Ohmeda, porque el tiempo de vida útil de dichos insumos a finalizado.

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