



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-073-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>016/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>5 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>16-feb-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN GENERAL</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-06-00250 Infusor Intravenoso con bureta graduada 100-150ml y microgotero (60 gotas/ml) Emp. Ind. Estéril. <b>Presentación:</b> bolsa por 5 unidades. <b>Marca:</b> SENSIMEDICAL. <b>País de Origen:</b> China. <b>Vencimiento:</b> no menor 2 años.	c/u	1,300	\$0.75	\$975.00
2	1-06-02045 Jeringa 10 ml. Con adaptador luer lock, aguja 21x1½" descartable, empaque individual estéril. <b>Presentación:</b> caja por 100 unidades. <b>Marca:</b> SENSIMEDICAL. <b>País de Origen:</b> China. <b>Vencimiento:</b> no menor a 2 años.	c/u	60,000	\$0.05	\$3,000.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$3,975.00</b>
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$3,975.00				Fondos: <b>FONDO GENERAL</b>

Para ser utilizados por un período aproximado de tres meses

NOTA: Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la Empresa debe coordinar con el Administrador de la Orden de Compra, la fecha y hora de entrega en el Almacén respectivo. Facturar 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
-----------------	---------------------	----------------	---