



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>LABORATORIO DB, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-095-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>018/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>3 días hábiles después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>26-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	ENEFLAT-DB ENEMA Laxante salino para limpieza del intestino para enema. <b>Marca:</b> DB. <b>País de Origen:</b> El Salvador. <b>Presentación:</b> Frasco c/aplicador rectal x 120 ml. <b>Vencimiento:</b> mayor de 12 meses a partir de la fecha de entrega en el HNZ. <b>Garantía:</b> 24 meses a partir de la fecha de fabricación. <b>Tiempo de Entrega:</b> 3 días hábiles después de recibir O/C	c/u	150	\$3.95	\$592.50
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS NOVENTA Y DOS.50/100 DÓLARES</b>					<b>\$592.50</b>
Específico	<b>54113</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	<b>\$592.50</b>				Fondos: <b>FONDO GENERAL</b>

Insumos médicos para ser utilizados en pacientes de éste Hospital.

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