



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: NIPRO MEDICAL CORPORATION, SUCURSAL EL SALVADOR	ORDEN DE COMPRA N°	3215-096-2015
	SOLICITUD N°	028/2015
PLAZO DE ENTREGA: 2 - 4 días hábiles después de recibir O/C	FECHA	02-mar-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen General	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: Sr. Luis Alberto Moreno Cruz	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-06-00310 Pañal descartable para adulto talla "M". Marca: NIPRO. País de Origen: Japón. Vencimiento: 10/2015.	c/u	3,000	\$0.39	\$1,170.00
2	1-06-06040 Guantes de látex para examen talla "M", descartables caja dispensadora de 100 unidades. Marca: NIPRO. País de Origen: Malasia / China / Indonesia. Vencimiento: Mínimo 2 años	c/u	1,400	\$3.70	\$5,180.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA.00/100 DÓLARES					\$6,350.00
Específico	54107	54113			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$6,350.00				Fondos: Fondo General

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