



CUENTA:

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

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE : <i>DROGUERIA HEALTH EL SALVADOR, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE</i> | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-101-2015 |
| | SOLICITUD N° | 029/2015 |
| PLAZO DE ENTREGA : <i>INMEDIATA 100% después de recibir o/c</i> | FECHA | 02-mar-15 |
| LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL | | |
| UNIDAD SOLICITANTE : <i>Almacén General</i> | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN : <i>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</i> | <u>CRÉDITO 60 DÍAS</u> | |

| RG.N. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|---|--------------|----------|--------------|-----------------------------------|
| 1 | 1-06-06045 Guante de latex para exámen talla "S", descartable, caja dispensadora x 100 unidades. Marca: HEALT. País de Origen: Indonesia/ PT. Universal Gloves. Vencimiento: 10/2018 | c/u | 740 | \$3.55 | \$2,627.00 |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE.00/100 DÓLARES | | | | | \$2,627.00 |
| Específico | 54107 | 54113 | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$2,627.00 | | | | 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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|