



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <i>INFRA DE EL SALVADOR, S.A DE C.V.</i>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-102-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>029/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <i>1 - 3 días hábiles después de recibir O/C</i>	FECHA	<b>02-mar-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <i>Almacén General</i>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <i>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</i>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-91-95035 Filtro humidificador con intercambiador de calor y humedad (hme). Es un consumible para ser utilizado por paciente bajo ventilación mecánica, se descarta por paciente; se usa en equipo, que no cuenta con sistema de humidificación para fluidificar las secreciones. <b>Marca:</b> GIECK / HUDSON / TELEFLEX. <b>Modelo:</b> 19402 (14-111420). <b>País de Origen:</b> Malaysia. <b>Vencimiento:</b> No menor a 18 meses.	c/u	200	\$3.40	\$680.00
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS OCHENTA.00/100 DÓLARES</b>					<b>\$680.00</b>
Específico	<b>54107</b>	<b>54113</b>			Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$680.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---