



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE : <i>JAYOR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.</i>	ORDEN DE COMPRA N°	3215-103-2015
	SOLICITUD N°	028/2015
PLAZO DE ENTREGA : <i>5 días hábiles después de recibir O/C</i>	FECHA	02-mar-15
LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN GENERAL		
UNIDAD SOLICITANTE : <i>Almacen General</i>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN : <i>Sr. Luis Alberto Moreno Cruz</i>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	1-07-00030 Hisopos de 6" con algodón en un extremo, E.I.E. caja de 100 unidades. Marca: SENSIMEDICAL. País de Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años.	c/u	60	\$1.45	\$87.00
2	1-21-00040 Brazaletes de identificación pediátrico. Marca: SENSIMEDICAL. País de Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años.	c/u	1,600	\$0.05	\$80.00
3	1-06-08045 Mascarilla quirúrgica rectangular doble forro, de amarrar con soporte nasal descartable. Caja por 50 unidades. Marca: SENSIMEDICAL. País de Origen: CHINA. Vencimiento: No menor a 2 años.	c/u	18,000	\$0.03	\$540.00

MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS SIETE.00/100 DÓLARES					\$707.00
Específico	54107	54113			Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$707.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---