



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: <b>NIPRO MEDICAL CORPORATION</b> <b>SUC. EL SALVADOR</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-120-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>022/2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>2 - 5 días después de recibir O/C</b>	FECHA	<b>13-mar-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Laboratorio Clínico</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Licda. Edith Benítez de Vásquez</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	CODIGO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	30106754	Tira reactiva para la determinación de glucosa en sangre, caja de 50 tiras. <b>Nota:</b> por la compra de las tiras entregarán 15 Glucómetros en comodato. <b>Marca:</b> TRUE TEST NIPRO. <b>País de Origen:</b> USA. <b>Vencimiento:</b> mínimo 18 meses.	c/u	350	\$6.87	\$2,404.50
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: DOS MIL CUATROCIENTOS CUATRO.50/100 DÓLARES</b>						<b>\$2,404.50</b>
Específico	<b>54107</b>					<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$2,404.50</b>					<b>Fondos: FONDO GENERAL</b>

Insumos necesarios para realizar exámenes de laboratorio clínico a pacientes de este 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