



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: SERVICIOS QUIRURGICOS DE EL SALVADOR S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-131-2015
	SOLICITUD N°	35-2015
PLAZO DE ENTREGA: Inmediato	FECHA	13-abr-15
LUGAR DE ENTREGA: Banco de Sangre		
UNIDAD SOLICITANTE: Banco de Sangre	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Maria Esperanza Martinez de Abrego	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Reactivo para la determinación de anticuerpos de Treponema Pallidum, método Elisa, ARCHITECT SYPHILIS KITX100 PRUEBAS, Marca: ABBOTT, Modelo: Architect 1000 Vto. 4 meses, con un equipo en comodato automatizado para el area de Banco de Sangre marca Abbott modelo Architect i1000, entregaran el 5% de reactivos para procesamiento de controles y calibradores.	Prueba	5,000	\$ 1.90	\$ 9,500.00
	Reactivo necesario para el tamizaje de las bolsas de sangre de este hospital.				
MONTO TOTAL EN LETRAS: NUEVE MIL QUINIENTOS 00 /100 DÓLARES					\$ 9,500.00
Específico	543-09				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 9,500.00				Fondos: General Fondos: Propios

Antes de proceder con la entrega de los bienes contratados, la empresa deberá coordinar con el administrador de la orden de compra fecha y hora de entrega en el almacén respectivo.

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada 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
-----------------	---------------------	----------------	---