


| | | |
|--|--------------------------------|------------------|
|  | GOBIERNO DE EL SALVADOR | |
| Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador | UNIDAD DE ADQUISICIONES | PREVISION NO:202 |
| UACI del Hospital Nacional San Bartolo | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | |

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

| | | |
|----------------|---|-------------------|
| Lugar y Fecha: | San Bartolo 24 de Noviembre del 2015 | No.Orden:262/2015 |
|----------------|---|-------------------|

| | |
|---------------------------------------|------------|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
| LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. | [REDACTED] |


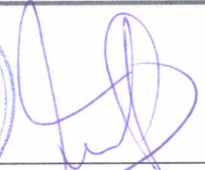





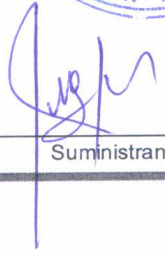
| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|------------------|--|----------|----------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL | - | - |
| 200 | Cada Uno | CEFTAZIDIMA VIAL 1G, EMPAQUE HOSPITALARIO, REG 19367; MARCA : VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR, VENTTO: 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA, | \$4.95 | \$990.00 |
| 0 | Cada Uno | TIEMPO DE ENTREGA: 3-5 DIAS HABILDES DESPUÉS DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA | \$0.00 | \$0.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$990.00 |

SON: novecientos noventa 00/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. --APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. --PRESENTAR 6 COPIAS DE FACTURA. --REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. --EL NÚMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: GOES ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: LICDO. RAMIRO PORTILLO, TEL. 2201-3100/3107

LUGAR DE ENTREGA:OFICINAS DE ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO. HORARIO DE 7:30 AM A 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 PM

LUGAR DE NOTIFICACIONES:NOTA: PRESENTAR CERTIFICADO DE PRODUCTO TERMINADO PARA CONTROL DE CALIDAD

| | |
|---|---|
|   Titular o Designado |   Suministrante |
|   |   |

Elaborado por: lespmoz

UACI-HNSB

FECHA ENVIO FAX: 24 NOV. 2015

PERS. CONF. FAX: Lisa Tomoso

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE CONFIRMA: 11:16 - 11:24

UH