
	GOBIERNO DE EL SALVADOR	64
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 07 de Marzo del 2016	No.Orden:50/2016
----------------	---	------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
LABORATORIOS TERAMED, S.A. DE C.V.	


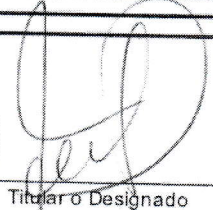
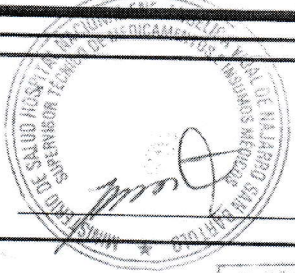

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EL HOSPITAL AÑO 2016	-	-
300	Frasco	NG. IBUPROFENO 100 MG/5 ML ; NC. IBUPROFENO TM 100 MG/5ML, SUSPENSIÓN ORAL, FRASCO PROTEGIDO DE LA LUZ; PRESENTACIÓN: FRASCO X 120ML; COPITA GRADUADA DE 0-15ML, CAJA INDIVIDUAL; MARCA: TM; ORIGEN: EL SALVADOR; VENTO: NO MENOR A 18 MESES A PARTIR DE LA ENTREGA; T. DE ENTREGA: 100% 5 DÍAS HABILES	\$1.02	\$306.00
900	Cientos	N.G: METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TABLETA ORAL, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL; N.C. NOR GLUCOX 850 MG, TABLETA RANURADA EN BLISTER CRISTALINO; PRESENTACIÓN: CAJA X 1000; BLISTER X 10 TAB; MARCA: TERAMED; ORIGEN: EL SALVADOR; VENTO: NO MENOR A 18 MESES A PARTIIR DE LA ENTREGA; T. ENTREGA: 100% 5 DÍAS HABILES	\$3.17	\$2,853.00
-	-	TOTAL.....	-	\$3,159.00

SON: tres mil ciento cincuenta y nueve 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 7 COPIAS DE FACTURA. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: LIC. RAMIRO PORTILLO; TEL. 2205-1308 -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

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: DEBERÁ PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACIÓN JURADA. ADJUNTAR A DECLARACIÓN JURADA: COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA Ó NOTA DEL BANCO Ó ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

  Titular o Designado	UACI-HNSB MAR 08 MAR 2016 MRS CONF. FAX HOJAS ENTREGADAS NO DE CONFIRMA	  Suministrante

Elaborado por: pvidas

UACI

ACTUALICADA