



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: LABORATORIOS CAROSA, S.A. DE C.V.	ORDEN DE COMPRA N°	3215-336-2015
	SOLICITUD N°	181-2015
PLAZO DE ENTREGA: 30 DIAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	FECHA	09-oct-15
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS		
UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: LICDA. ROXANA DE QUINTANILLA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	02109011 SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (Kcl, Nacl CITRATO TRISÓDICO DIHIDRATADO 2.9 g/L. GLUCOSA ANHIDRA) SOBRE SE OFRECE: SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (GLUCOSA ANHIDRA 20g, CLORURO DE POTASIO 1.5g, CLORURO DE SODIO 3.5g, CITRATO TRISODICO 2.9g) POLVO SOBRE X 27.9g/L NOMBRE COMERCIAL: DEXTROKAL C-O POLVO SOBRE X 27.9g PRESENTACIÓN: SOBRE CON POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL X 27.9g MARCA: CAROSA ORIGEN: EL SALVADOR FABRICANTE: LABORATORIOS CAROSA REGISTRO N°: 21,533 VENCIMIENTO: NO MENOR DE 18 MESES	C/U	10,000	\$ 0.18	\$ 1,800.00

SE SOLICITAN MUESTRAS PARA CONTROL DE CALIDAD

MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL OCHOCIENTOS /100 DÓLARES					\$ 1,800.00
Específico	54108				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,800.00				Fondos: FONDO GENERAL

Justificación: ES PARA ABASTECER EL ALMACEN DE MEDICAMENTOS. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA 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