



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>LABORATORIOS TERAMED, S.A. DE C.V.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-337-2015</b>
	SOLICITUD N°	<b>181-2015</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>SEGÚN LO ESPECIFICADO EN EL RENGLÓN</b>	FECHA	<b>09-oct-15</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>LICDA. ROXANA DE QUINTANILLA</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	00704005 AMLODIPINA 5mg TAB. EMPAQUE PRIM. INDIV PROTEGIDO DE LUZ NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO: NORLODIPINA 5mg TABLETA EN BLISTER PROTEGIDO DE LA LUZ PRESENTACIÓN: CAJA X 500; BLISTER X 10 TABLETAS MARCA: ORIGEN ORIGEN: EL SALVADOR FABRICANTE: LABORATORIOS TERAMED, S.A. DE C.V. REGISTRO ANTE C.S.S.P.: 22,566 VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA. ENTREGA: 1,000 CIENTOS 5 DÍAS HÁBILES Y 2,000 CIENTOS 15 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C	CTO	3,000	\$ 2.25	\$ 6,750.00

**SE SOLICITAN MUESTRAS PARA CONTROL DE CALIDAD**

<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 6,750.00</b>
Específico	54108				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 6,750.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---