



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



CUENTA:

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

| | | |
|---|--------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE : GRUPO PAILL S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-412-2015 |
| | SOLICITUD N° | 224-2015 |
| PLAZO DE ENTREGA : 1-3 DIAS HABILES DESP. DE RECIBIR O/C | FECHA | 20-nov-15 |
| LUGAR DE ENTREGA : ALMACEN DE MEDICAMENTOS | | |
| UNIDAD SOLICITANTE : ALMACEN DE MEDICAMENTOS | FORMA DE PAGO | |
| ADMN. DE ORDEN : LIC. ROXANA DE QUINTANILLA | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|--|--|-----|----------|--------------|-------------------------|
| 1 | Cod. 00707010, Norepinefrina PL solución inyectable, concentración: Norepinefrina 1.0mg (Equivalente 2.0mg Norepinefrina bitartrato), presentación: Ampolla x 4ml marca: Paill origen: El Salvador Vto. No menor de un año, Se solicita muestra para control de calidad. | C/U | 500 | \$ 2.25 | \$ 1,125.00 |
| | Suministro de Medicamentos para uso de este Hospital | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL CIENTO VEINTICINCO 00/100 DÓLARES | | | | | \$ 1,125.00 |
| Específico | 541.08 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 1,125.00 | | | | Fondos: <i>Propios</i> |

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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|