



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



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: LABORATORIOS BIOGALENIC S.A DE C.V	ORDEN DE COMPRA N°	3215-414-2015
	SOLICITUD N°	222-2015
PLAZO DE ENTREGA: Entre 5 y 8 dias desp, de confirmada la 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. 02800105, Sol. Salina al 0.9%, bolsa de 250ml, marca: Delmed origen: El Salvador Vto. No menor de 18 meses, Se solicita muestra para control de calidad	c/u	15,000	\$ 0.45	\$ 6,750.00
2	Cod. 028000115, Sol. Salina al 0.9%, bolsa de 1,000ml, marca: Delmed origen: El Salvador Vto. No menor de 18 meses, Se solicita muestra para control de calidad	c/u	10,000	\$ 0.68	\$ 6,800.00
	Suministro de Medicamentos para uso de este Hospital				
MONTO TOTAL EN LETRAS: TRECE MIL QUINIENTOS CINCUENTA 00 /100 DÓLARES					\$ 13,550.00
Específico	541.08				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 13,550.00				Fondos: Propios

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 almacen 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
-----------------	---------------------	----------------	---