



VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



Hospital Nacional

"Dr. Juan José Fernández"

Zacamil

Ministerio de Salud



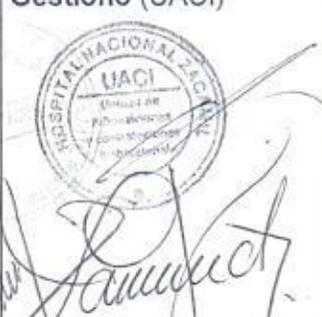
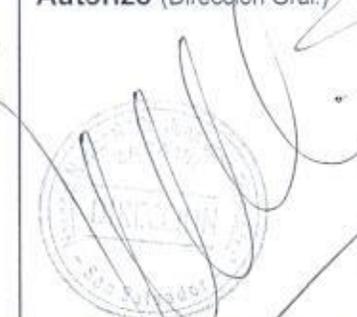
CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. (N.I.T. No. 0614-240775-001-0)		O. de C. No	266/2011		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 1-2 día, en: Almacén de Medicamentos		Solicitud No.	169/2011		
		Fecha	25-05-2011		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Dexametasona 4 MG/ml, Solución inyectable, frasco vial por 5 ml, empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años Código: 023 04015.	C/U	200	1.18	236.00
02	Gluconato de Calcio 10% Solución inyectable ampolla de 10 ml, empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., Marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años Código: 028 00025	C/U	200	0.92	184.00
Medicamentos para el uso en este Hospital.					
Total en letras: CUATROCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES					\$420.00
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	420.00				

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**. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI) 	Autorizó (Dirección Gral.) 	Registro (UFI) 	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) 
---	--	---	--

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Lic. Verónica Beatriz Enriquez





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V.	O. de C. No	266/2011
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 1-2 día , en: Almacén de Medicamentos	Solicitud No.	169/2011
	Fecha	25-05-2011

Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Dexametasona 4 MG/ml, Solución inyectable, frasco vial por 5 ml, empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años Código: 023 04015.	C/U	200	1.18	236.00
02	Gluconato de Calcio 10% Solución inyectable ampolla de 10 ml, empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., Marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años Código: 028 00025	C/U	200	0.92	184.00
Medicamentos para el uso en este Hospital.					

Total en letras: **CUATROCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES** **\$420.00**

Especif.	541.08						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	420.00						

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.** En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---

