



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: ACTIVA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-190774-002-0)		O. de C. No	3215-87/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de:		Solicitud No.	258/2012		
Inmediato, en: Almacén de Medicamentos		Fecha	15-01-2013		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Levotiroxina Sódica 0.1 mg. Tableta, Levotrix 100 tabletas recubiertas marca: Pharmedic/Laboratorios Pharmedic, país fabricante: El Salvador, vencimiento: no menor a 18 meses, código: 02303010	Ciento	650	5.00	3,250.00
02	Prednisona 50 mg. Tableta, Pharmenisona 50 tabletas Fabricante: Pharmedic/Laboratorios Pharmedic, país fabricante: El Salvador, vencimiento: no menor a 18 meses, código: 02304045	Ciento	50	12.00	600.00
Medicamentos para el uso de este Hospital					
Total en letras: TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES					\$3,850.00
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,850.00				
<p>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.</p>					
Gestionó (UACI) 		Autorizó (Dirección Gral.) 		Registro (UFI) 	
		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)  Nestor Samalá 13.02.13 		PBX 2251-5757 FAX 2227-9264 Blvd. Ejerc Nac Km: 4 1/2 ACTIVA, S.A DE C.V.	



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: ACTIVA, S.A. DE C.V.				O. de C. No	3215-87/2013	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato, en: Almacén de Medicamentos				Solicitud No.	258/2012	
				Fecha	15-01-2013	
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos			Forma de Pago:			
			Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción		u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Levotiroxina Sódica 0.1 mg. Tableta, Levotrix 100 tabletas recubiertas marca: Pharmedic/Laboratorios Pharmedic, país fabricante: El Salvador, vencimiento: no menor a 18 meses, código: 02303010		Ciento	650	5.00	3,250.00
02	Prednisona 50 mg. Tableta, Pharmenisona 50 tabletas Fabricante: Pharmedic/Laboratorios Pharmedic, país fabricante: El Salvador, vencimiento: no menor a 18 meses, código: 02304045		Ciento	50	12.00	600.00
Medicamentos para el uso de este Hospital						
Total en letras: TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES					\$3,850.00	
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	3,850.00					
<p>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.</p>						
Gestionó (UACI)		Autorizó (Dirección Gral.)		Registro (UFI)		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)