



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. (NIT No. 0614-240775-001-0)				O. de C. No	3215-213/2013
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3-5 días hábiles: Almacén de Medicamentos				Solicitud No.	116/2013
				Fecha	13-05-2013
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos			Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Diazepam 10 mg/2 ml ampolla por 2 ml Paxium 10 mg/2ml, solución inyectable, ampolla por 2 ml fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años, código: 02203015	C/U	200	1.89	378.00
02	Clorpromazina 25 mg/ml solución inyectable ampolla por 2 ml, Sedatil 50 mg/2 ml, solución inyectable ampolla por 2 ml empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años. Código: 020-00015	C/U	100	5.75	575.00
Medicamentos para el uso en este Hospital					
Total en letras: NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES 00/100 DOLARES					\$953.00
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	953.00				

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

“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	3215-213/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3-5 días hábiles: Almacén de Medicamentos				Solicitud No.	116/2013		
				Fecha	13-05-2013		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos			Forma de Pago:				
			Crédito	XXX	Contado		
Rgn.	Descripción			u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Diazepam 10 mg/2 ml ampolla por 2 ml Paxium 10 mg/2ml, solución inyectable, ampolla por 2 ml fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años, código: 02203015			C/U	200	1.89	378.00
02	Clorpromazina 25 mg/ml solución inyectable ampolla por 2 ml, Sedatil 50 mg/2 ml, solución inyectable ampolla por 2 ml empaque Hospitalario, fabricante: Laboratorios Vijosa, S.A. de C.V., marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años. Código: 020-00015			C/U	100	5.75	575.00
Medicamentos para el uso en este Hospital							
Total en letras: NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES 00/100 DOLARES						\$953.00	
Especif.	541.08					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	953.00						
<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)	