



## *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: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-151200-105-4)		O. de C. No	3215-317/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>1-5 días hábiles en: Almacén de Medicamentos</b>		Solicitud No.	183/2013		
		Fecha	17-09-2013		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cloruro de Potasio 20 MEQ PL Solución inyectable presentación: ampolla x 10 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 02800090	C/U	5,000	0.72	3,600.00
02	Clorfeniramina Maleato 10 MG/ML Solución inyectable ampolla 1 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código:020-00015	C/U	300	0.99	297.00
Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital					
Total en letras: TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100 DOLARES					\$3,897.00
Especif.	541.08				Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,897.00				

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.

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





# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

**HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL**

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.</b>				O. de C. No	3215-317/2013
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>1-5 días hábiles en: Almacén de Medicamentos</b>				Solicitud No.	183/2013
				Fecha	17-09-2013
Unidad solicitante: <b>Almacén de Medicamentos</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cloruro de Potasio 20 MEQ PL Solución inyectable presentación: ampolla x 10 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 02800090	C/U	5,000	0.72	3,600.00
02	Clorfeniramina Maleato 10 MG/ML Solución inyectable ampolla 1 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código:020-00015	C/U	300	0.99	297.00
<b>Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital</b>					
Total en letras: <b>TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE 00/100 DOLARES</b>					<b>\$3,897.00</b>
Especif.	<b>541.08</b>				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	<b>3,897.00</b>				
<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, <b>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</b> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>					
<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	