



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

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) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 días hábiles renglón 01, renglón 02 de 1-5 días en: Almacén de Medicamentos	O. de C. No	3215-318/2013
	Solicitud No.	187/2013
	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	Diclofenac Sódico 25 MG/ml concentración: 25 MG, presentación: Ampolla x 3 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 010-01010	C/U	15,000	0.39	5,850.00
02	Metoclopramida PL Solución inyectable presentación: Ampolla x 2 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 021-01025	C/U	3,000	0.62	1,860.00
Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital					

Total en letras: **SIETE MIL SETECIENTOS DIEZ 00/100 DOLARES** **\$7,710.00**

Especif.	541.08										Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	7,710.00										

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) 
--	---	--	---

[Handwritten signature]





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.				O. de C. No	3215-318/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 días hábiles renglón 01 en: Almacén de Medicamentos				Solicitud No.	187/2013		
				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	Diclofenac Sódico 25 MG/ml concentración: 25 MG, presentación: Ampolla x 3 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 010-01010			C/U	15,000	0.39	5,850.00
02	Metoclopramida PL Solución inyectable presentación: Ampolla x 2 ml, marca: Paill, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código:						
	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					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	3,897.00						
<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)	