



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: SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.			O. de C. No	3215-321/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 1-15 días hábiles en: Almacén de Medicamentos			Solicitud No.	188/2013		
			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	Dextrosa+Sodio Cloruro (5+0.3)% solución inyectable hipotónica I.V. bolsa de 250 ml, marca: Delmed, origen: El Salvador, vencimiento: no menor de dos años	C/U	4,000	0.68	2,720.00	
	Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL					
	Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital					
Total en letras: DOS MIL SETECIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES					\$2,720.00	
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	2,720.00					
<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)