



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: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3-5 días hábiles en: Almacén de Medicamentos	O. de C. No	3215-337/2013
	Solicitud No.	183/2013
	Fecha	16-10-2013

Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Fenoterol 0.05mg/ml ampolla 10 ml, marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años, código: 03300020	C/U	25	8.99	224.75
02	Potasio cloruro 20 MEQ (15 ml frasco ambar por 120 ml, elixir), Ultra K Elixir 120 ml, empaque individual, marca: Vijosa, origen: El Salvador, vencimiento: dos años, código: 02800085	C/U	300	10.95	3,285.00
Medicamentos para el uso en este Hospital					

Total en letras: **TRES MIL QUINIENTOS NUEVE 75/100 DOLARES** **\$3,509.75**

Especif.	541.08						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,509.75						

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---