



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: 1-5 días hábiles en: Almacén de Medicamentos	O. de C. No.	3215-374/2013
	Solicitud No.	225/2013
	Fecha	28-10-2013

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

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Furosemida 10 mg/ml solución inyectable I.V. ampolla 2 ml, protegido de la luz, marca: Paill, origen. El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 00800020	C/U	2,000	0.35	700.00
Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital Se requiere control de calidad del fabricante y de MINSAL					

Total en letras: SETECIENTOS 00/100 DOLARES \$700.00

Especif.	541.08					Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	700.00					

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

Signature: *[Handwritten Signature]*

Signature: *[Handwritten Signature]*

Signature: *[Handwritten Signature]*

Signature: *[Handwritten Signature]*
 30-10-2013

Signature: *[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. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 1-5 días hábiles en: Almacén de Medicamentos				O. de C. No		3215-374/2013	
				Solicitud No.		225/2013	
				Fecha		28-10-2013	
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos				Forma de Pago:			
				Crédito	XXX		Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Furosemida 10 mg/ml solución inyectable I.V. ampolla 2 ml, protegido de la luz, marca: Paill, origen. El Salvador, vencimiento: no menor de un año, código: 00800020	C/U	2,000	0.35	700.00		
	Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital Se requiere control de calidad del fabricante y de MINSAL						
Total en letras: SETECIENTOS 00/100 DOLARES					\$700.00		
Especif.	541.08					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	700.00						
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)	