



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: LABORATORIOS VIJOSA, S,A DE C.V (NIT No. 0614 – 240775 – 001- 0)		O. de C. No		3215-54/2014	
		Solicitud No.		06/2014	
		Fecha		03-02-2014	
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Administrador de Orden de Compra: Roxana de Quintanilla		Plazo de entrega: 3 a 5 días.			
		Lugar de entrega:		Almacén Medicamentos	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Dobutamina 12.5mg/ml Vial 20ml, empaque hospitalario, Reg. F071110122003, Marca: Vijosa, Origen: El Salvador Vto. Dos años.	c/u	350	1.5000	525.00
02	Dopamina HCl 40mg/ml Vial 5ml, empaque hospitalario Reg.F032418052005, Marca: Vijosa, Origen: El Salvador. Vto 2 años	c/u	350	1.8300	640.50
03	Midazolam 15mg/Amp 3ml, empaque hospitalario, Reg.F093813081997, marca: Vijosa, Origen: El Salvador. Vto. 2 años	c/u	3000	1.6500	4,950.00
Medicamentos que serán utilizados en pacientes de este hospital.					
Total en letras: SEIS MIL CIENTO QUINCE 50/100 DOLARES					\$ 6,115.50
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	6,115.50				

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)

Qua Olayo Ocasio



Justo 5-2-2014

[Handwritten signature]
UACI
Unidad Administrativa
y Contable
Institucional

[Handwritten signature]
HOSPITAL NACIONAL
Dr. Juan José Ferrer
DIRECCIÓN
DE ZACAMIL
San Salvador

[Handwritten signature]

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Lic. Veronica Beatriz Henriquez



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				O. de C. No		3215-54/2014	
				Solicitud No.		06/2014	
				Fecha		03-02-2014	
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos				Forma de Pago:			
				Crédito	XXX	Contado	
Administrador de Orden de Compra: Roxana de Quintanilla				Plazo de entrega: 3 a 5 días.			
				Lugar de entrega: Almacén Medicamentos			
Rgn.	Descripción			u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Dobutamina 12.5mg/ml Vial 20ml, empaque hospitalario, Reg. F071110122003, Marca: Vijosa, Origen: El Salvador Vto. Dos años.			c/u	350	1.5000	525.00
02	Dopamina HCl 40mg/ml Vial 5ml, empaque hospitalario Reg.F032418052005, Marca: Vijosa, Origen: El Salvador. Vto 2 años			c/u	350	1.8300	640.50
03	Midazolam 15mg/Amp 3ml, empaque hospitalario, Reg.F093813081997, marca: Vijosa, Origen: El Salvador. Vto. 2 años			c/u	3000	1.6500	4,950.00
	Medicamentos que serán utilizados en pacientes de este hospital.						
Total en letras: SEIS MIL CIENTO QUINCE 50/100 DOLARES						\$ 6,115.50	
Especif.	541.08					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	6,115.50						

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