



Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
 Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

| | | |
|---|--------------------|----------------------|
| SUMINISTRANTE: LABORATORIOS VIJOSA, S.A DE C.V | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-311-2014 |
| | SOLICITUD N° | 117-2014 |
| PLAZO DE ENTREGA: 3 A 5 DIAS HÁBILES | FECHA | 25-sep-14 |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS | FORMA DE PAGO | |
| ADMON. DE ORDEN: Lic. Roxana de Quintanilla | CRÉDITO 60 DÍAS | |

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|---|--|-----|----------|--------------|-------------------------|
| 1 | Cod. 00709020, Dobutamina 12.5mg/ml Vial 20ml empaque hospitalario marca: Vijosa Origen: El Salvador, reg. F071110122003, Vto. 2 años apartir de la fecha de entrega | c/u | 125 | \$ 1.50 | \$ 187.50 |
| | Medicamentos que seran utilizados en este Hospital | | | | |
| MONTO TOTAL EN LETRAS: CIENTO OCHENTA Y SIETE 50/100 DÓLARES | | | | | \$ 187.50 |
| Específico | 541.08 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 187.50 | | | | Fondos: <i>Propios</i> |

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. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

| | | | |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|-----------------|---------------------|----------------|---|