



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>SURTIDORA MEDICA, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-350-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>168-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>1- 10 dias hábiles desp. De recibir O/C</b>	FECHA	<b>10-oct-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>Almacen de Medicamentos</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>Almacen de Medicamentos</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>Roxana de Quintanilla</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod.02800050, Dextrosa en agua destilada al 10% sol. Iny. I.V Bolsa de 250ml c/u, Marca: Delmed Origen: El Salvador. Se solicita muestra para control de calidad del Minsal.	c/u	600	\$ 0.60	\$ 360.00
2	Cod. 02800045, Dextrosa en agua destilada al 5%, Sol. Iny. I.V. Bolsa de 1,000ML c/u, Marca: Delmed Origen: El Salvador, Se solicita muestra para el control de calidad del Minsal.	c/u	400	\$ 0.96	\$ 384.00
	Medicamentos que seran utilizados en pacientes de este Hospital.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 744.00</b>
Específico	<b>541.08</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 744.00</b>				<b>Fondos: General</b>

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
-----------------	---------------------	----------------	---