



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>LABORATORIOS TERAMED S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-354-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>169-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>100% DE TRES A CINCO DIAS HABILES</b>	FECHA	<b>06-oct-14</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>ROXANA DE QUINTANILLA</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod. 00701020, Propanolol, Nombre Comercial: Nor-Derall 40mg tableta oral, Blister Protegido de la luz, presentación: Caja por 500, Blisterx10 tabletas, no menor a 18 meses a partir de la fecha de entrega, reg.16040, marca: Teramed-El Salvador, Se solicita muestras para control de calidad del Minsal.	ctos	200	\$ 2.05	\$ 410.00
2	Cod. 01001015, Ibuprofeno 100mg/5ml. Comercial: Ibuprofeno TM 100mg/5ml suspensión, frasco protegido de la luz, presentación: frasco de 120 ml con copita graduada de 0-10ml. Frasco en caja individual, no menor a 15 meses de fecha de entrega. Marca: TM-El Salvador, reg.21611, Se solicita muestras para control de calidad del Minsal.	c/u	140	\$ 0.95	\$ 133.00
	Medicamentos que seran utilizados en pacientes de este hospital.				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS CUARENTA Y TRES 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 543.00</b>
Especifico	<b>541.08</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 543.00</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