



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°	3215-357-2014
	SOLICITUD N°	170-2014
PLAZO DE ENTREGA: 3 a 5 dias habiles posteriores a la recepcion de la o/c	FECHA	08-oct-14
LUGAR DE ENTREGA: Almacen de Medicamentos		
UNIDAD SOLICITANTE: Almacen de Medicamentos	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Roxana de Quintanilla	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod.00206015,Clindamicina 150mg/ml vial 6ml , empaque hospitalario, reg. 23526 marca: Vijosa, Origen: El Salvador	C/U	1,000	\$ 2.69	\$ 2,690.00
2	Cod. 00202040, Cefotaxima 1g. Empaque hospitalario, reg.19365, marca: Vijosa, Origen: El Salvador, Vto. 2 años a partir de fecha de entrega.	C/U	200	\$ 1.19	\$ 238.00
3	Cod. 02203015, Paxium 10mg/2ml, Sol, lny. Amp x 2ML.emp Hospitalario, controlado reg.6536, marca: Vijosa, Origen: El Salvador.	C/U	1,000	\$ 1.23	\$ 1,230.00
4	Cod. 02209040, Fenitoina sódica 50mg/ml vial 5ml empaque hospitalario, reg.F071010122003, marca: Vijosa, Origen El Salvador, Se solicita muestra para control de calidad del Minsal. para todo los renglones	C/U	250	\$ 2.08	\$ 520.00
MONTO TOTAL EN LETRAS: CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO 00/100 DÓLARES					\$ 4,678.00
Especifico	541.08				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 4,678.00				Fondos:General

Justificación: Medicamentos que seran utilizados en pacientes de este hospital

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