



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



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE : <b>GRUPO PAILL, S.A DE C.V</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-417-2014</b>
	SOLICITUD N°	<b>251-2014</b>
PLAZO DE ENTREGA : <b>1-5 DIAS HABILES</b>	FECHA	<b>04-dic-14</b>
LUGAR DE ENTREGA : <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>		
UNIDAD SOLICITANTE : <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN : <b>LIC. ROXANA DE QUINTANILLA</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Cod.00206015, Clindalacina Solución inyectable, concentración 150mg, presentación: Vial x 6ml, Marca: PAILL Origen: El Salvador Vto. No menor de 18 meses.	c/u	2,500	\$ 2.07	\$ 5,175.00
2	Cod. 00709020, Dobutamina PL Solución inyectable,, concentración: Dobutamina(HCl) 12.5gm, Presentación: Frasco vial ambar x 20ml Marca: PAILL Origen: El Salvador Vto. No Menor de un año, <b>Se solicitan muestras para control de calidad del Minsal.</b>	c/u	800	\$ 1.98	\$ 1,584.00
	Medicamentos para uso del Hospital				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 6,759.00</b>
Específico	541.08				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 6,759.00				Fondos:General Fondos:Propios

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