

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional "Arturo Morales", Metapán, Santa Ana		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:103
UACI del Hospital de Metapan		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		<b>Metapan 07 de Noviembre del 2016</b>		<b>No.Orden:98/2016</b>
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				
<b>GRUPO PAILL S. A. DE C. V.</b>				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE MEDICAMENTO PARA USO HOSPITALARIO.	-	-
11999	Cada Uno	1001030. KETOROLACO PL 30MG/ML. SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: AMPOLLA AMBAR X 1ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO.	\$0.28	\$3,359.72
1000	Cada Uno	206015. CLINDALACINA 150 MG/ML. SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: VIAL AMBAR X 6 ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO.	\$1.82	\$1,820.00
1000	Cada Uno	103568. CLORURO DE POTASIO 20 MEQ PL. SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: AMPOLLA X 10 ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS.	\$0.38	\$380.00
700	Cada Uno	201010. GARAXIL 80 SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: FRASCO VIAL X 2 ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO.	\$2.10	\$1,470.00
1006	Cada Uno	1300040. TRAMADOL PL 50MG/ML. SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: AMPOLLA X 2 ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO.	\$0.82	\$824.92
988	Cientos	2501007. ANALIP 10MG TABLETAS. ATORVASTATINA 10 MG EQUIVALENTE A 10.82 MG. DE ATORVASTATINA CALCICA. PRESENTACION: BLISTER X 10 TABLETAS. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO.	\$6.22	\$6,145.36
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$14,000.00
SON: <b>catorce mil 00/100 dolares</b>				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE METAPAN. COORDINAR ENTREGA CON LIC. SILVIA LEMUS DE ALMACEN AL 2484-4414. ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA DRA. MABEL ROCA. TIEMPO DE ENTREGA SEGUN COTIZACION: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. HACER LA RETENCION DEL 1% DE IVA. TRAER 4 COPIAS DE FACTURA.				

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

*Elaborado por: ysandova*