HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

San Miguel, 04 **de** Marzo **de** 2014

Orden de Compra No. 75

SEÑORES : DROGUERIA PISA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.
NIT :0614-270398-105-5

Atentamente Sírvanse suministrar a este Centro Hospitalario después de recibir la presente Orden de Compra en el Almacén de este Hospital, según detalle siguiente:

SOLICITANTE: *FARMACIA*
AGUA ESTERIL Y DEXTROSAS

SOLICITUD No. *003/2014*

CANT	U /M	Cod.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	TOTAL
50,000	C/U	02800010	AGUA INYECTABLE AMPOLLA PLASTICA 10ml. MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO, VTO. NO MENOR DE 18 MESES	$ 0.10	$ 5,000.00
1,200	C/U	002800045	SOLUCION DX 5% INY. I.V FCO. PLASTICO FLEXIBLE 1000 ml. MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO, VTO. NO MENOR DE 18 MESES	$ 0.96	$ 1,152.00
8,000	C/U	02800070	SOL. DX-CS SOL. INY. FRASCO PLASTICO FLEXIBLE 1,000 ml. MARCA: PISA, ORIGEN: MEXICO, VTO. NO MENOR DE 18 MESES	$ 0.96	$ 7,680.00
			TOTAL		$ 13,832.00

TIEMPO DE ENTREGA : *5 días hábiles después de recibir la Orden de Compra*

FORMA DE PAGO **:** Crédito 30 días

CLASIFICACION DE LA EMPRESA: Mediana

OBSERVACION:	IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR	
Si el Servicio o Suministro es igual o mayor a $100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.	1. *Anotar número de Orden de Compra en Factura.* 2. *Para Recepción del Producto: Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 8 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén* 3. *Para retiro de Quedan: Presentar a la UFI, copia de Orden de Compra, factura duplicado cliente y fotocopia firmadas y selladas por el Guardalmacén, Acta de Recepción completamente llena en todas sus partes, debidamente firmada y sellada por el Guardalmacén y el representante de la empresa proveedora.* 4. *Entregar a la UACI una fotocopia para verificar el cumplimiento en la entrega.*	***c.c.*** ***Almacén*** ***UFI*** ***UACI*** ***PPTO.***

*Para efectos de cancelación, favor presentar factura a nombre de **TESORERIA HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" DE SAN MIGUEL**, acompañado de la presente Orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, Rogamos devolverla a nuestra oficina con la debida justificación.*

TRAMITO: *Sra. De Navarro.*

JEFE U.A.C.I. _____
Lic. Irma E. Quintanilla G.

ENCARGADO DE PRESUPUESTO _____
Sr. Guillermo Ventura

JEFE U.F.I. _____
Lic. Gloria Orellana de Galdámez

AUTORIZADO:
DIRECTOR _____
Dr. José Manuel Pacheco Paz