

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

Imprimir
Imprimir para LA1P

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO 20254108
UACI del Hospital San Rafael	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	Santa Tecla 09 de Noviembre del 2012	No Orden:430/2012
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE		NIT
GRUPO PAILL S. A. DE C\ V.		

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Compra de Medicamentos	-	-
1000	Cada Uno	Código. 016-00010. Orfenadrina citrato 30 mg/ml solución inyectable I.M. - I.V ampolla 2 mi, protegida de la luz. (Orfenaflex ampolla.) Concentración: Citrato de Orfenadrina 60mg. Presentación: ampolla x 2 mi. Mea. Paill. O: El Salvador. Vto. No menor de 1 año. (R-5)	\$0.48	\$480.00
300	Cada Uno	Código. 018-00005. Neostigmina metil sulfato 0.5 mg/ml solución inyectable I.M. -I.V. - S.C. ó I.M. - I.V. ampolla 1 mi, protegida de la luz. (Neostigmina PL Solución Inyectable.) Concentración: 0.5 mg/ml. Presentación: ampolla x 1 mi. Mea. Paill. O: El Salvador Vto No menor de 1 año. (R-6)	\$0.45	\$135.00
400	Cada Uno	Código. 020-00015. Clorfeniramina maleato 10 mg/ml solución inyectable I.M - I.V. ampolla 1 mi, protegida de la luz. (Clorfeniramina PL Solución Inyectable.) Concentración: 10 mg/ml. Presentación: ampolla x 1 mi. Mea. Paill. O: El Salvador. Vto. No menor de 1 año. (R-7)	\$0.41	\$164.00
-	-	TOTAL.....	-	\$779.00

SON: setecientos setenta y nueve 00/100 dolares

OBSERVACION: Para efectos de pago facturar (Consumidor Final) a nombre de Tesorería del Hospital Nacional San Rafael, presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura el # de Orden de Compra 430/2012. Solicitud de Cotización # 229/2012 y Solicitud de Compra # 249/2012, de Farmacia. EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES SE HARA EFECTIVO DENTRO DE LOS 60 DIAS CALENDARIO POSTERIORES A LA RECEPCION DE LA FACTURA Y ACTA DE RECEPCION DEL BIEN O SERVICIO.

LUGAR DE ENTREGA:Almacén General del Hospital. La recepción se realizará en días hábiles, en horario de 7:30am a 12:00md y de 1:10pm a 2:30pm. En caso de cantidades grandes o voluminosas se recibirán en horario de 7:30am a 12:00md.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

 <p>DIRECCIÓN SANTA TECLA</p> <p><i>[Signature]</i> Titular o Designado</p>	 <p>UAC.I. / HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL SANTA TECLA, LA LIBERTAD</p> <p><i>[Signature]</i> JEFF HALL</p>
 <p>JEFE UFI HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL SANTA TECLA, LA LIBERTAD</p> <p><i>[Signature]</i> JEFE UFI</p>	<p>DOCUMENTO DISTRIBUIDO</p> <p>12 NO 2012!</p> <p>U.A.C. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</p> <p><i>[Signature]</i> Suministrante</p>  <p>U.A.C. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL SANTA TECLA, LA LIBERTAD</p> <p>GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.</p>

09/11/12
& 2:25 PM