


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)

	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 02 de Marzo del 2017	No.Orden:75/2017
----------------	----------------------------------	------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
SURTIMEDIC, S.A. DE C.V.	05110804021017


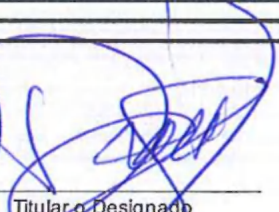

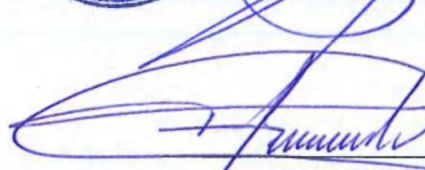


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Compra de Medicamento de Uso Hospitalario	-	-
1000	Cada Uno	CÓDIGO 02800070 - DEXTROSA + SODIO CLORURO (5 + 0.9)% SOLUCIÓN ELECTROLITICA EN AGUA DESTILADA I.V. BOLSA O FRASCO PLÁSTICO FLEXIBLE 1,000ml - (Dextrosa + Sodio Cloruro (5+0.9)% Solución Electrolítica en agua destilada I.V. Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1,000ml; Marca: DELMED; Origen: El Salvador; Vencimiento: No menor de 18 meses) (R-2)	\$0.96	\$960.00
3500	Cada Uno	CODIGO 02800104 - SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. BOLSA 100ml - (Sodio Cloruro en agua destilada 0.9% Solución Inyectable I.V. Bolsa o Frasco Plástico Flexible 100ml; Marca: DELMED; Origen: El Salvador; Vencimiento: No menor de 18 meses) (R-3)	\$0.52	\$1,820.00
6300	Cada Uno	CÓDIGO 02800115 - SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. BOLSA 1000ml - (Sodio Cloruro en agua destilada 0.9% Solución Inyectable I.V. Bolsa o Frasco Plástico Flexible 1000ml; Marca: DELMED; Origen: El Salvador; Vencimiento: No menor de 18 meses) (R-4)	\$0.98	\$6,174.00
-	-	TOTAL.....	-	\$8,954.00

SON: ocho mil novecientos cincuenta y cuatro 00/100 dolares

OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL., presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura, No. de ORDEN DE COMPRA 75/2017, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 62/2017 y SOLICITUD DE COMPRA 71/2017, de FARMACIA. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del producto.

LUGAR DE ENTREGA: Almacén de Medicamentos del Hospital, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md. Deberá presentar NOTA DE REMISION o ENVIO cumpliendo con los requisitos necesarios para la identificación del proceso y producto según lo detalla la Orden de Compra.

LUGAR DE NOTIFICACIONES: N/A

 <p style="text-align: center;">Titular o Designado</p> 	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DISTRIBUIDO 13 MAR 2017</p> <p>FECHA: _____ U.A.C.I. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</p> 
 <p style="text-align: center;">JEFE UFI</p> 	<p style="text-align: center;">Suministrante</p>  <p style="text-align: right;">SURTIMEDIC, S.A. de C.V.</p>

giübéii uitt) jJur. dlopez

ENTREGAS: 1-15 Días Hábiles a partir del día siguiente a la recepción de la Orden de Compra

La administración de & Orden de Compra, estará a cargo del Dr. Rafael Antonio Mejía Meléndez, Asesor de Suministros Médicos, de este hospital, quien actuara de conformidad a lo dispuesto en el numeral 6.10 del Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública y en la LACAP.

Al momento de la entrega del producto o servicio, traer sello para sellar Acta de Recepción. Para evitar inconvenientes en el pago de su factura, sacar QUEDAN inmediatamente, después de la entrega del producto.

Todos los documentos generados en el proceso de compra forman parte integrante de esta Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes. SI ALGUNO DE LOS RENGLONES PASARA DE \$ 3,000.00., FA VOR PRESENTAR RECIBO DE PAGO DE ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE MINISTERIO DE SALUD. (RECURSOS PROPIOS)