


|   |                                |                          |
|---|--------------------------------|--------------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b> |                          |
| Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad                          | UNIDAD DE ADQUISICIONES        | PREVISIÓN<br>NO:20254108 |
| UACI del Hospital San Rafael  | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL |                          |

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

|                |   |                  |
|----------------|---|------------------|
| Lugar y Fecha: | <b>Santa Tecla 05 de Febrero del 2018</b> | No.Orden:29/2018 |
|----------------|---|------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>      | <b>NIT</b>            |
| <b>DROGUERIA SANTA LUCIA, S.A. DE C.V.</b> | <b>06142801420027</b> |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR      |
|----------|------------------|--|----------|------------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL      |
| -        | -                | LINEA 0202 Atención Hospitalaria-Medicamento de Uso Hospitalario   | -        | -          |
| 650      | Cada Uno         | CÓDIGO 01400015 - PROPOFOL 10mg/ml EMULSIÓN INYECTABLE I.V. AMPOLLA O FRASCO VIAL 20ml - (Diprivan 1% Emulsión Inyectable I.V. (Medicamento Controlado); Presentación: Caja x 5 ampollas de 20ml; Laboratorio Fabricante: ASTRA ZENECA; Origen: Inglaterra; Vencimiento: Enero de 2019) (R-27) | \$4.55   | \$2,957.50 |
| -        | -                | <b>TOTAL.....</b>  | -        | \$2,957.50 |

SON: **dos mil novecientos cincuenta y siete 50/100 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 29/2018, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 31/2018 y SOLICITUD DE COMPRA 38/2018, 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 y se depositará en la cuenta corriente proporcionada por el contrista según DECLARACIÓN JURADA DE PAGO (Anexar Declaración para ser presentada en la UFI).

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><br>Titular o Designado | <b>DOCUMENTO DISTRIBUIDO</b><br><b>09 FEB 2018</b><br>FECHA:<br><b>U.A.C.I.</b><br><b>HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</b>   | <br> |
|   | <br> |  |

Elaborado por:

ENTREGAS: 1-5 Días Hábiles, a partir del día siguiente a la recepción del permiso autorizado por la DNM.

**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.**

La administración de la 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 y hacer entrega de la DECLARACIÓN JURADA DE PAGO.

Todos los documentos generados en el proceso de compra forman parte integrante de esta Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes.

RECURSOS PROPIOS