

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

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:	<b>Santa Tecla 27 de Septiembre del 2018</b>	No.Orden:205/2018
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>		<b>NIT</b>
INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL SUPPLIERS, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE.		06142204131024

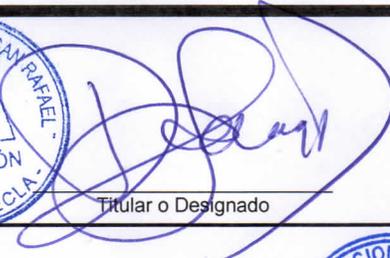
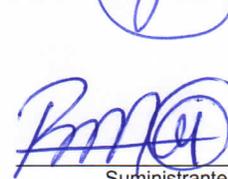
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--Compra de Medicamentos Varios	-	-
10	Cientos	CÓDIGO 01300009 - OXICODONA CLORHIDRATO 10mg TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO, PROTEGIDO DE LA LUZ - (Oxicodona Humax 10mg Tableta de Liberación Prolongada Oral, Empaque Primario Individual; Fabricante: Humax Pharmaceutical; Número de Registro DNM: F024318042013; Marca: HUMAX; País de Origen: Colombia; Vencimiento: 02/2020) (R-6)	\$135.00	\$1,350.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$1,350.00

**SON: mil trescientos cincuenta 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 205/2018, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 134/2018 y SOLICITUD DE COMPRA 142/2018, 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 cotratista 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

  Titular o Designado	 FECHA: _____ U.A.C.I. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL	 
 	 Suministrante	

Elaborado por: dlopez

**ENTREGAS:** 1-3 Días Hábiles, a partir del día siguiente, después de la recepción de la Orden de Compra.

**SI ALGUNO DE LOS RENGLONES PASARA DE \$ 3,041.70, FAVOR 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.

**FONDO GENERAL**