

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| | 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: | Santa Tecla 12 de Diciembre del 2018 | No.Orden:239/2018 |
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | | NIT |
| B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE | | 06141609870027 |



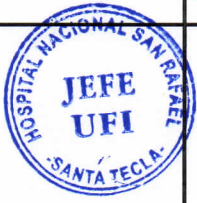
| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|------------------|---|----------|------------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--Medicamentos Varios. | - | - |
| 1200 | Cada Uno | 00903005'HEPARINA (SÓDICA) 5,000 U.I./ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. - S.C. FRASCO VIAL 5 ML(Heparina Sódica contiene 5,000 ui/ml, solucion inyectable I.V.-SC; frasco vial 5 ml.(Heparina Sodium), Marca: B BRAUN, Origen: ALEMANIA/otros paises fabricantes, Vencimiento: No menor a 18 meses)(R-19) | \$4.35 | \$5,220.00 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$5,220.00 |

SON: cinco mil doscientos veinte 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 239/2018, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 164/2018 y SOLICITUD DE COMPRA 172/2018, 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 contratista según DECLARACION 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 e insumos según lo detalla la Orden de Compra. Favor concertar cita para entrega al: 2594-4064

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

| | |
|--|--|
|  <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> Titular o Designado</p> | <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DISTRIBUIDO</p> <p style="text-align: center;">FECHA: 13 DIC 2018</p> <p style="text-align: center;">U.A.C.I.</p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</p>  |
|  <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> | <p style="text-align: center;">B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S. A. DE C. V.</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> Suministrante</p> |

Elaborado por:xgomez

ENTREGA: 1-5 días hábiles contados a partir del día siguiente después de distribuida la Orden de Compra.

SI LO ADJUDICADO EN ALGUNO DE LOS RENGLONES PASARA DE \$ 3,041.70, FAVOR PRESENTAR RECIBO DE PAGO DE ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DEL 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