

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	
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**

<b>Lugar y Fecha:</b>	<b>Santa Tecla 19 de Junio del 2019</b>	No.Orden:154/2019
-----------------------	---	-------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, SOCIEDAD ANONIMA DE CAPITAL VARIABLE	06141609870027

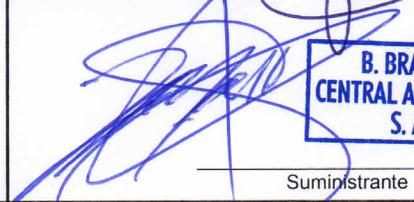
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--Medicamento de Uso Hospitalario	-	-
200	Cada Uno	CÓDIGO 02800075 - EXPANSOR DE VOLUMEN PLASMÁTICO A BASE DE GELATINA (3.5 - 4)% SOLUCIÓN COLOIDAL I.V. BOLSA O FRASCO 500ml - (Expansor de Volumen Plasmático, a base de Gelatina modificada al 4%, Solución Inyectable, Frasco ECOFLAC PLUS de 500ml GELOFUSINE. Cod DNM 23557; Marca: B/BRAUN; Origen: Alemania/ Otros países Fabricantes; Vencimiento No menor a 18 meses) (R-52)	\$9.00	\$1,800.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$1,800.00

SON: mil ochocientos 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 154/2019, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 103/2019 y SOLICITUD DE COMPRA 109/2019, 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 e insumos según lo detalla la Orden de Compra. Favor concertar cita al 2594-4064

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

  Titular o Designado	  
 	  Suministrante

Elaborado por:dlopez

**ENTREGAS:** 1-5 Días Hábiles, contados a partir del día siguiente a la recepción de la Orden de Compra.

Para los Medicamentos Controlados tendrán un plazo máximo de 2 Días Hábiles para el retiro de la carta de aceptación, posterior a la firma de la Orden de Compra.

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.

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.

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**