

•
•

•
•

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 ellos 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)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	113
Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:202
UACI del Hospital Nacional San Bartolo	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Bartolo 08 de Noviembre del 2016	No.Orden:197/2016
----------------	---	-------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
---------------------------------------	------------

INDUSTRIAS FARMACEUTICAS, S. A. DE C. V.	
---	--

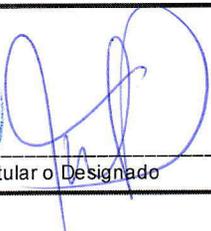
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE MEDICAMENTOS AÑO 2016	-	-
200	Cientos	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA ORAL, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PRESENTACIÓN: CIENTO; ORIGEN: INDIA; LAB FABRICANTE: FLAMINGO PHARMACEUTICALS;	\$9.00	\$1,800.00
0	Cada Uno	VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES; TIEMPO DE ENTREGA: 5 DÍAS HABILES	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,800.00

SON: mil ochocientos 00/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. --APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. --PRESENTAR 7 COPIAS DE FACTURA. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA LIC. RAMIRO PORTILLO; TEL. 2201-3108 REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. --EL NÚMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: GOES

LUGAR DE ENTREGA:OFICINAS DE ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO. HORARIO DE 7:30 AM A 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 PM

LUGAR DE NOTIFICACIONES:DEBERÁ PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DE DEPOSITO DE PAGO. ADJUNTAR A DICHA DECLARACIÓN JURADA: COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA Ó NOTA DEL BANCO Ó ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

  Titular o Designado	  Suministrante
---	--

Elaborado por:pvides

ACTUADA

UACI-HNSB
FECHA ENVIO FAX: <u>07/9 NOV 2016</u>
PREES. CONF. FAX: <u>Hermes Figueroa</u>
Nº DE HOJAS ENVIADAS: <u>1</u>
<u>3.30p</u>

República de El Salvador
C.S.S.
DROGUERIA INDUFARMA
S.A de C.V.
Nº de ins 218
Prop INDUFARMA, S.A. de C.V.
San Salvador, Depto San Salvador