



## MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

### 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 ello los datos personales de las personas naturales firmantes (direcciones y números de documentos personales)”.*

*(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”*

<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional de Ilobasco	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:
UACI Hospital de Ilobasco	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
		-

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:	<b>Ilobasco, Cabañas 27 de Marzo del 2015</b>	<b>No.Orden:50/2015</b>
----------------	---	-------------------------

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE  
NIT**

DROGUERIA FARMAVIDA, S. A. DE C. V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
	-		-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE MEDICAMENTOS/FONDO GENERAL/SOLICITUD N°41/ADMINISTRADORA DE CONTRATO: DRA. BERTA JULIA CERON-MEDICO ASESOR DE SUMINISTROS
7	Cientos	REGLON N° 15,CODIGO:00904005,Warfarina Sódica 5 mg Tableta ranurada Oral Empaque primario individual o frasco, protegido de la luz,MARCA:GADOR,VENCE: 18 MESES,POR LO QUE DEBE ENTREGAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO FIRMADA POR NOTARIO	\$37.00	\$259.00
15	Cada Uno	REGLON N° 43,CODIGO:03000005,N - Acetilcisteína 20% Solución inyectable I.V. Frasco vial o ampolla,MARCA:FLASGHIP,VENCE:18 MESES, POR LO QUE DEBE PRESENTAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO FIRMADA POR NOTARIO	\$21.00	\$315.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$574.00

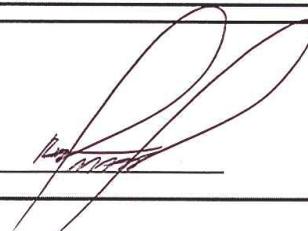
SON: **quinientos setenta y cuatro 00/100 dolares**  
OBSERVACION: ENTREGA MAXIMA:15 DIAS HABILES DESPUES DE ENVIADA LA ORDEN DE COMPRA, FAVOR COORDINAR CON ADMINISTRADORA DE CONTRATO DRA. BERTA JULIA CERON AL 2384-3209.RECUERDE ENTREGAR CON FACTURAS DEL DIA QUE ENTREGA, SI DESEA QUE SU PAGO SEA MEDIANTE ABONO A CUENTA DEBE ENVIAR DECLARACION JURADA FIRMADA Y SELLADA EN ORIGINAL A LA UNIDAD FINANCIERA, LA INFORMACION DE LA CUENTA DEBE REFLEJARSE EN FACTURA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO,UBICADO EN FINAL 4° CALLE PTE. B° EL CALVARIO, PRESENTAR 8 COPIAS DE FACTURA DUPLICADO CLIENTE LEGIBLES, DE LO CONTRARIO NO SERAN RECIBIDAS,7 PARA ALMACEN Y UNA PARA UFI, REFLEJAR EL 1% DE RETENCION, N° DE ORDEN, CODIGO, # DE REGLON.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

ENTREGADO 07 ABR 2015

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional de Ilobasco		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI Hospital de Ilobasco		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		<b>Ilobasco, Cabañas 27 de Marzo del 2015</b>		No.Orden:50/2015
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				
DROGUERIA FARMAVIDA, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria—COMPRA DE MEDICAMENTOS/FONDO GENERAL/SOLICITUD N °41/ADMINISTRADORA DE CONTRATO: DRA. BERTA JULIA CERON-MEDICO ASESOR DE SUMINISTROS	-	-
7	Cientos	REGLON N° 15,CODIGO:00904005,Warfarina Sódica 5 mg Tableta ranurada Oral Empaque primario individual o frasco, protegido de la luz,MARCA:GADOR,VENGE: 18 MESES,POR LO QUE DEBE ENTREGAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO FIRMADA POR NOTARIO	\$37.00	\$259.00
15	Cada Uno	REGLON N° 43,CODIGO:03000005,N - Acetilcisteína 20% Solución inyectable I.V. Frasco vial o ampolla,MARCA:FLASGHIP,VENGE:18 MESES, POR LO QUE DEBE PRESENTAR CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO FIRMADA POR NOTARIO	\$21.00	\$315.00
-	-	TOTAL.....	-	\$574.00
SON: quinientos setenta y cuatro 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO,UBICADO EN FINAL 4° CALLE PTE. B° EL CALVARIO, PRESENTAR 8 COPIAS DE FACTURA DUPLICADO CLIENTE LEGIBLES, DE LO CONTRARIO NO SERAN RECIBIDAS,7 PARA ALMACEN Y UNA PARA UFI, REFLEJAR EL 1% DE RETENCION, N° DE ORDEN, CODIGO, # DE REGLON.				
  Titular o Designado		  Suministrante		

Elaborado por:morellan