



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

<b>Lugar y Fecha:</b>	San Miguel, 01 de Octubre de 2015	<b>No de Orden:</b>	417
<b>Solicitante:</b>	Unidad de Patología Cervical	<b>Solicitud No:</b>	001/2015
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante	<b><u>FALMAR, S.A. DE C.V.</u></b>	<b>NIT :</b>	<b>0614-310387-004-0</b>
<b>Clasificación:</b>	MEDIANA EMPRESA	<b>NRC:</b>	<b>32593-7</b>
<b>Dirección:</b>	Ave. Irazú No. 166, Colonia Costa Rica, San Salvador		

**COMPRA DE LUGOL PARA PRUEBA DE SCHILLER PARA FINALIZAR EL PRESENTE AÑO E INICIOS DEL PROXIMO.**

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
10	C/U	30702473	LUGOL PARA PRUEBA DE SHILLER, MAS YODO METALIZADO 1 GR, MAS YODURO DE POTASIO 2GR. EN 50ML DE AGUA. FCO. X 1 LITRO, MARCA: FALMAR, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: 2 AÑOS.  Nota: Esta orden de compra se tomo y se anula debido a que la cantidad adjudicada no corresponde a lo solicitado por la Unidad de Patología Cervical.	\$ 125.00	\$ 1,250.00

**ANULADO**

**TOTAL US: \$ 1,250.00**

**(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<b>↳ OBSERVACION ↳</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b>
Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>5 A 15 días hábiles</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>Crédito 30 días</b>

F. \_\_\_\_\_  
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

<b>Administrador de la Orden:</b> <b>Rosa María Aparicio</b> <b>Aux. de Enfermería</b> <b>PBX: 2665-6100 EXT: 1114</b>	<b>Elaboró:</b>  <b>Sra. Genara Magdalena Berrios de Merino</b>
---	---