

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”. (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”



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y Fecha: San Miguel, 25 de Febrero de 2016. No de Orden: 65
Solicitante: FARMACIA Solicitud No: 01/2016
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: Droguería Americana, S.A. de C.V. NIT:
Clasificación: Gran Empresa NRC: 1166 - 5
Dirección: Calle Circunvalación N.º 14, Plan de La Laguna, Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 – 6000.

Compra de Medicamentos.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1,875	C/U	0290005	Alburex 20% x 50ml – refrigerado. Casa representada del producto: CSL BEHRING AG. Fabricante del producto: CSL BEHRING AG-SUIZA. Presentación y Concentración: Fco x 50ml. Número de Registro CSSP o DNM: F047420072005. Marca del producto: CSL. País de origen: Suiza. Vencimiento del producto: 20 meses. Forma de entrega: 100% 6 semanas después de recibida la orden de compra.	\$ 32.00	\$ 60,000.00

TOTAL US: \$ 60,000.00

(TOTAL EN LETRAS) Sesenta mil 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

OBSERVACION 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.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: 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.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	---

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 6 semanas después de recibida OC FORMA DE PAGO: Crédito 30 días

E. *[Firma]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL
Elaboró: Sofía Carolina Mendoza M.

Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz
Jefe de Farmacia
PBX: 2665-6100

