

## **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)**



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

**Lugar y Fecha:** 14 de marzo de 2016 ✓

**No de Orden:** 131 ✓

**Solicitante:** Departamento de suministro ✓

**Solicitud No:** 005/2016

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante

**FALMAR, S.A. DE C.V.** ✓

**NIT:** [REDACTED]

**Clasificación:** Mediana empresa

**Dirección:** Ave. Irazú N°166, colonia Costa Rica, San Salvador. TEL: 2270-0222

Compra de insumos médicos críticos para abastecer tres meses. ✓

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
85	75	C/U	11800055	Jabón de gluconato Clorhexidina 4%. Presentación: Frasco x 1 litro. Marca: FALMAR. Origen: El Salvador. Vencimiento del producto: 2 años después de recibido en sus bodegas.	\$ 10.00	\$ 750.00

**TOTAL US:** \$ 750.00

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

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b>
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>	5 a 15 Días Hábiles	<b>FORMA DE PAGO:</b>	30 Días Crédito ✓

E.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

<b>Administrador de la Orden:</b> Luis Alfredo Avalos Cerna Jefe de Departamento de Suministros PBX: 2665-6100 EXT: 1173	<b>Elaboró:</b> Sofia carolina Mendoza Morales
---	---