

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: San Miguel, 31 de Mayo de 2016 No de Orden: 312
Solicitante: Farmacia Solicitud No: 10/2016
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: FORMULARIOS STANDARD, S.A. DE C.V. NIT :
Clasificación: Mediana Empresa
Dirección: 37 Av. Norte 114 y Alameda Roosevelt, San Salvador. Tel: 2525-3500, 2260-6858.

Papelería necesaria e indispensable para la elaboración de recetas con indicación médica.

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4,000	C/U	80503707	BLOCK DE RECETAS DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS DE USO EN CONSULTA EXTERNA USO REPETITIVO (BLOCK DE 100 HOJAS) MEDIDAS DE 4 1/4 X 6 5/8 PAPEL BOND BASE 16, DE COLOR AMARILLO. LETRAS Y MARGENES COLOR NEGRO NUMERADAS DEL 0000001 EN ADELANTE.	\$ 0.33	\$ 1,320.00

TOTAL US: \$ 1,320.00

(TOTAL EN LETRAS) MIL TRESCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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: 15 DIAS HABILES FORMA DE PAGO: CREDITO 60 DIAS

F. *Genara Berrios*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cerna
DIRECCION HOSPITAL



Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado
Jefe de Farmacia
PBX: 2665-6100 EXT: 1251
Elaboró:
Genara Magdalena Berrios de merino