

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 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 27 de Junio de 2017. **No de Orden:** 297/2017
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 11/2017 ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa **Correo Electrónico:** roxanaarenderos@yahoo.es
Dirección: Calle Circunvalación #105 Bis, Plan de la Laguna, contiguo a Harisa, Antiguo Cuscatlan.
 Tels. 2243-8620

Compra de medicamentos en desabastecimiento crítico, por lo que se hace necesario el suministro ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
6	600	C/U	03623008	METILPREDNISOLONA DE 500G PARA DILUCIÓN FCO. VIAL, MARCA SAIMED, ORIGEN INDIA, VENCIMIENTO 06/2018.	\$ 4.50	\$ 2,700.00
TOTAL US:						\$ 2,700.00
(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL SETECIENTOS 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, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/a 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 DE SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: LUEGO DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA EN 5 DIAS ✓ **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO 60 DIAS ✓

F. *[Firma]*
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado Jefe de Farmacia PBX: 2665-6100 EXT: 1251	Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla Castro FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 28 JUN. 2017
--	--