

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”



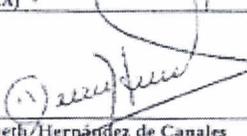
HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 22 de Junio de 2017. No de Orden: 298/2017
 Solicitante: FARMACIA ✓ Solicitud No: 11/2017
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S. A. DE C. V. NIT Y / O NRC: XXXXXXXXXX
 Clasificación: Mediana Empresa Correo Electrónico: nelly.acosta@braun.com
 Dirección: Paseo General Escalon No. 4999, frente a Plaza Villavicencio, San Salvador. Tels. 2524-4007

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

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
13	100	CU	02800075	EXPANSOR DE VOLUMEN PLASMÁTICO, A BASE DE GELATINA MODIFICADA AL 4%, SOLUCIÓN INYECTABLE, FRASCO ECOFLAC PLUS 500ML, GELOFUSINE. ORIGEN ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES. MARCA B BRAUN. VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES.	\$ 9.00	\$ 900.00
TOTAL US:						\$ 900.00

(TOTAL EN LETRAS) NOVECIENTOS 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/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 DE SAN MIGUEL	
FECHA DE ENTREGA:	5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA (PROD. EN PLAZA) ✓	FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 DÍAS ✓
 F. 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

