

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)

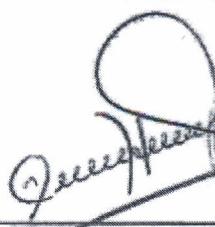
“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



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, 08 de Noviembre de 2017. No de Orden: 529/2017
 Solicitante: FARMACIA Solicitud No: 16/2017
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DNA PHARMACEUTICALS, S. A. DE C.V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: Mediana Empresa Correo Electrónico: [REDACTED]
 Dirección: Calle Cortez Blanco pje. No. 4 pje. 1, Urb. MadreSelva III etapa, Antiguo Cuscatlan, La Libertad. Tels. 2526-1600

Compra de medicamentos no adjudicados en compra conjunta 03/2017

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	10	C/U	00901005	UNITINASE 1,500,000UI POLVO SOLUCIÓN INYECTABLE, VENCIMIENTO 18 MESES, PAÍS ORIGEN KOREA, LABORATORIO FABRICANTE KUPHARM, MARCA KUPHARM.	\$ 165.00	\$ 1,650.00
TOTALS:						\$ 1,650.00
(TOTAL EN LETRAS) UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 00'00 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 Queda, 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:		8 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBO ORDEN DE COMPRA		FORMA DE PAGO:	CRÉDITO 30 DÍAS	
  R. 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: 14 NOV 2017		

6-2