

## **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)**

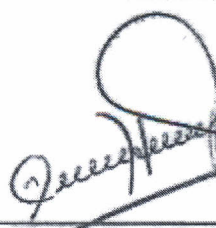

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”**



**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: XXXXXXXXXX  
 Clasificación: Mediana Empresa Correo Electrónico: XXXXXXXXXX  
 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
<b>TOTALS:</b>						\$ 1,650.00
<b>(TOTAL EN LETRAS) UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 00'00 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</b>						
<b>OBSERVACION</b> 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.-		<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>		<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>				
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>		<b>8 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBO ORDEN DE COMPRA</b>		<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CRÉDITO 30 DÍAS</b>	
  <b>R. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b>						
<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado Jefe de Farmacia PBX: 2665-6100 EXT: 1251				<b>Elaboró:</b> Evelin Marisol Quintanilla Castro <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> 14 NOV 2017		

6-2