

## **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: 530/2017 /  
 Solicitante: FARMACIA // Solicitud No: 16/2017 /  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: FARLAB, S. A. DE C.V. // NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
 Clasificación: Mediana Empresa Correo Electrónico: [REDACTED]  
 Dirección: Calle Oriente No. 365 y pje. YSI, Col. La Rabida, San Salvador.

Compra de medicamentos no adjudicados en compra conjunta 03/2017 //

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
8	2,000	C/U	01902010	IPATROPIO BROMURO 20 MCG/DOSIS FRASCO INHALADOR 200 INHALACIONES LIBRE DE CFC. MARCA PHARM INTER, ORIGEN CHINA, VENCIMIENTO 2018-10	\$ 2.95	\$ 5,900.00
<b>TOTAL US:</b>						\$ 5,900.00

(TOTAL EN LETRAS) CINCO MIL NOVECIENTOS 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA //

<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>5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBO ORDEN DE COMPRA</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS //</b>

  
  
 F. **Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

<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>	<b>14 NOV 2017</b>
--	---	--------------------

6-2