

## **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, 26 de Febrero de 2018. / No de Orden: 71/2018 /  
 Solicitante: UNIDAD DE MAXILOFACIAL / Solicitud No: 01/2017 /  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: FALMAR, S.A. de C.V. / NIT Y / O NRC: [REDACTED] /  
 Clasificación: Grande Empresa / Correo Electrónico: falmar@falmar.biz /  
 Dirección: Col. Costa Rica, avenida Irazú, No. 166, San Salvador

COMPRA DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL NECESARIOS PARA SUPLIR DEMANDA DE ATENCIÓN PARA EL AÑO 2018. /

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	1,000	C/U	20205025	CLORHEXISOL ENJUAGUE BUCAL 0.12%, GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0.12%, FRASCO X 240 ML, MARCA FALMAR, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES A PARTIR DE RECIBIDO EL PRODUCTO EN BODEGAS.	\$ 2.00	\$ 2,000.00
TOTAL US:						\$ 2,000.00

(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL 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 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 A 15 DÍAS HÁBILES / FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS /

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Dr. Henry Danilo Aparicio Arce / Jefe de Unidad de Maxilofacial / PBX: 2665-6100 EXT: 1139  
 Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla Castro  
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 02 MAR. 2018

*Handwritten initials*