

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)**

Lugar y Fecha: San Miguel, 4 de Abril de 2018. ✓ No de Orden: 135/2018 ✓
 Solicitante: FARMACIA ✓ Solicitud No: 007/2018
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. ✓ NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico:
 Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa. Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 – 8620.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	270	C/U	00202010	AMOXICILINA 500MG CAPSULAS. VENCE: 06/2020. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 4.50	\$ 1,215.00
02	3,000	C/U	00202015	AMPICILINA (SÓDICA) 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECABLE I.M. - I.V. FRASCO, VIAL. VENCE: 07/2018. ESTAREMOS ENTREGANDO CARTA DE COMPROMISO POR EL CORTO VENCE. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 0.15	\$ 450.00
06	1,050	C/U	02304030	METIL PREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO) 1MG. POLVO PARA SOLUCIÓN I.M. - I.V. FRASCO VIAL. VENCE: 01/2020. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS. NOTA: SE MANTIENE EL PRECIO YA QUE SOBRE PASA LOS 10 SALARIOS MINIMOS, Y SI FUERAMOS ADJUDICADOS ESTAREMOS REALIZANDO EL PAGO DE ANALISIS Y ENVIANDO LAS MUESTRAS RESPECTIVAS AL HOSPITAL.	\$ 12.00	\$ 12,600.00

TOTAL US: \$ 14,265.00

(TOTAL EN LETRAS): Catorce mil doscientos sesenta y cinco 000.00 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

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 *PRESUPUES TO *SOLICITAN TE *ADM. DE OC.
---	--	---

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 5 DÍAS CALENDARIO ✓ FORMA DE PAGO: CREDITO A 60 DÍAS ✓

Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓ Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251.
 Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____

de l