

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”



020518

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

MINISTERIO DE SALUD
EL SALVADOR
 UNAMOSNOS PARA CRECER

Final 11 Calle Poniente y 23Av. Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

Lugar y Fecha: SAN MIGUEL, 30 DE ABRIL DE 2018 **No de Orden:** 185/2018
Solicitante: SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REABILITACION (SMFRH) **Solicitud No:** 002/2018
 FISIOTERAPIA
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **COMERCIALIZADORA DEL CENTRO, S.A. DE C.V. (FARMACIA LA BUENA)** **NIT:** XXXXXXXXXX
Clasificación: Mediana Empresa
Dirección: Col. Panamericana Av. Smon Bolivar Col. Panamericana, San Miguel. Tel: 2667-4994
Correo:

Compra de insumo necesario para el área de fisioterapia.

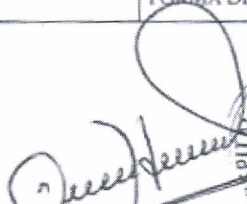

R	CANT	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	150	C/U	19909702	Loción humectante, Marca: Lubrider extra Humectante, 400 ml.	\$ 7.75	\$ 1,162.50

TOTAL US: \$ 1,162.50
(TOTAL EN LETRAS) MIL CIENTO SESENTA Y DOS 50/100 DOLARES 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 *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

FECHA DE ENTREGA: 10 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Contado


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


Administrador de la Orden:
 Licda. Ileana Maritza Delgado
 Coordinación del SMFRH
 PBX: 2665-6100 Ext.1402

Elaboró: Genara Magdalena Berríos de Merino

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: