

## **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, 11 de Abril de 2019. ✓ **No de Orden:** 142/2019 ✓  
**Solicitante:** FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 009/2019  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa **Correo electrónico:** Nelly.acosta@bbraunsv.com  
**Dirección:** Urb. San Francisco, Calle Los Abetos No. 27-A. San Salvador. Tel. 2224 - 2424.

**COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE PACIENTE JUAN FRANCISCO CLAROS PARA NUTRICION PARENTERAL.** ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
02	42	C/U	03400090	SOLUCIÓN DE AMINOÁCIDOS CRISTALINOS SIN ELECTROLITOS AL 10%, SOLUCIÓN PARENTERAL FRASCO DE VIDRIO 500ML. (AMINOPLASMAL). CODIGO DNM 22431. MARCA: B. BRAUN. ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES. VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES. VIGENCIA DE OFERTA: 30 DÍAS HÁBILES.	\$ 18.00	\$ 756.00
03	21	C/U	03400095	SOLUCIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL A BASE DE ACIDOS GRASOS 20% MCT/LCT, EMULSIÓN USO PARENTERAL. FRASCO 500ML (LIPOFUNDIN). CODIGO DNM 17424. MARCA: B. BRAUN. ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES. VENCIMIENTO NO MENOR A 15 MESES. VIGENCIA DE OFERTA: 30 DÍAS HÁBILES.	\$ 18.00	\$ 378.00

**TOTAL US:** \$ 1,134.00

**(TOTAL EN LETRAS):** Un mil ciento treinta y cuatro 000.00 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** RENGLON 2: 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. FORMA DE PAGO: CREDITO 60 DIAS ✓  
 RENGLON 3: 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. (PROD. EN PLAZA)

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



**Administrador de la Orden:** Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. Jefe Farmacia. PBX: 2665-6100. Ext. 1251.  
**Elaboró:** Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 11 ABR. 2019