

## **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, 23 de Abril de 2019. **No de Orden:** 147/2019  
**Solicitante:** FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 009/2019 ✓  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** DROGUERÍA PISA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA **Correo electrónico:**  
**Dirección:** Urb. Madre Selva 2, Edificio Avante Local 3-02. Santa Elena. Antiguo Cuscatlán. La Libertad. Tel. 2243 – 3900.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	21	C/U	02701045	VITAFUSIN POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE. MARCA: PISA. ORIGEN: MEXICO. CODIGO PISA: 4007579. VENCIMIENTO: NO MENOR A 15 MESES. FABRICANTE: LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE RECIBIDA LA OFERTA.	\$ 9.25	\$ 194.25

**TOTAL US:** \$ 194.25

**(TOTAL EN LETRAS):** Ciento noventa y cuatro 250.00 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>		C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
	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.		

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 6 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA OC **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO 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. Sofía Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:**