

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, 29 de Mayo de 2019. ✓ **No de Orden:** 237/2019 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 005/2019 (4ª vez)
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL SUPPLIERS, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa **Correo electrónico:**
Dirección: Paseo General Escalón y Calle Arturo Ambrogi N.º. 112, Col. Escalón. S.S. Tel. 2252 – 5418.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
15	100	CTO	02202005	CLOZAPINA 100MG TABLETA ORAL. EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. PRESENTACIÓN: CAJA POR 100 TABLETAS DE 100MG. NOMBRE DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO: FARMATECH, S.A. PARA HUMAX PHARMACEUTICAL, S.A. NUMERO DE REGISTRO CSSP: F047910092009. MARCA DEL PRODUCTO: CLOZAPINA HUMAX 100MG. PAIS DE ORIGEN DEL PRODUCTO: COLOMBIA. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: 05/2020. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE RECEPCIÓN DE OFERTA.	\$ 55.00	\$ 5,500.00

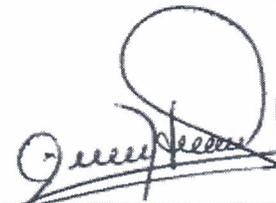
TOTAL US: \$ 5,500.00

(TOTAL EN LETRAS): Cinco mil quinientos 00000 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 *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

FECHA DE ENTREGA: 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. **FORMA DE PAGO:** CREDITO 45 DIAS ✓



E. 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:

Handwritten mark