

## **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, 2 de Abril de 2019. ✓  
**Solicitante:** FARMACIA ✓  
**No de Orden:** 109/2019 ✓  
**Solicitud No:** 005/2019 ✓  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** MONTREAL, S.A. DE C.V. ✓  
**NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa  
**Correo electrónico:** drogueria.integral.com  
**Dirección:** Urb. San Francisco, Calle Los Abetos No. 27-A. San Salvador. Tel. 2224 - 2424.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
04	2,000	C/U	00902015	VERNOXA INJ 60MG 0.6ML 2 JERINGAS PRELLENADAS MARCA: EUROFARMA. VENCE: 08/2020. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	4.97	9,940.00

**TOTAL US:** \$ 9,940.00

**(TOTAL EN LETRAS):** Nueve mil novecientos cuarenta 00100 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 *PRESUPUEST O *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 15 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. ✓ **FORMA DE PAGO:** CREDITO 30 DIAS CALENDARIO ✓

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:** \_\_\_\_\_

2-1