

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. ✓ **No de Orden:** 110/2019 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 005/2019 ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: GENIMVE PHARMA, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y/O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Pequeña Empresa **Correo electrónico:**
Dirección: Condominio Feria Rosa, Local 307 H. Alameda Manuel Enrique Araujo. San Salvador. Tel. 2243 – 4531.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
16	100	CTO	02202010	OLANZAPINA DE 10MG TABLETA REVESTIDA. CAJA POR 30 TABLETAS. MARCA: APEX. REGISTRO DNM:F033430062016. ORIGEN: INDIA. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: 10/2020. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS.	\$ 43.00	\$ 4,300.00

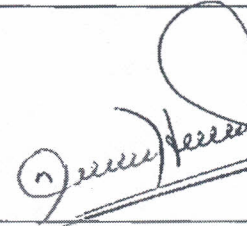
TOTAL US: \$ 4,300.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS): Cuatro mil trescientos 000.00 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: 1 A 3 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC FIRMADA Y SELLADA. **FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 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. Sofia Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____
--	--