

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:** 111/2019 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 005/2019 ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y/O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: MEDIANA EMPRESA **Correo electrónico:**
Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa. Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 - 8620.

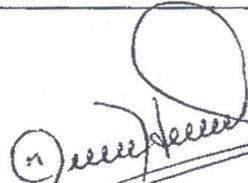
COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	50	CTO	00209010	TRIMETOPRIM + SULFAMEXAZOL (160 + 800)MG TABLETA. VENCE: 09/2020. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS.	\$ 3.30	\$ 165.00 ✓
06	200	CTO	01100005	ALOPURINOL 300MG TABLETA. VENCE: 02/2021. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS.	\$ 4.00	\$ 800.00 ✓

TOTAL US: \$ 965.00 ✓
(TOTAL EN LETRAS): Novecientos sesenta y cinco 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: 5 DÍAS CALENDARIOS ✓ **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO 60 DÍAS ✓


 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: