

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:** 113/2019 /
Solicitante: FARMACIA / **Solicitud No:** 005/2019 /
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: FARLAB, S.A. DE C.V. / **NITY/O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: MEDIANA EMPRESA **Correo electrónico:** farlab@farlab.com.sv
Dirección: Calle Oriente No. 365 y pje. YSI. Col. La Rábida, San Salvador. Tel. 2235 – 2851.

COMPRA DE MEDICAMENTO. //

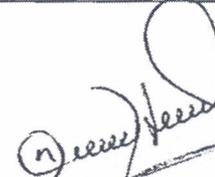
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
12	1,400	C/U	01904010	BECLOMETASONA DIPROPIONATO PHARM-INTER 250MCG/DOSIS AEROSOL. LIBRE DE CLOROFLUOROCARBONO. (C.F.C.) MARCA: PHARM-INTER. ORIGEN: CHINA. VENCIMIENTO: 12/2019 REGISTRO ANTE LA DNM: F062017122015. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 3.15	\$ 4,410.00

TOTAL US: \$ 4,410.00

(TOTAL EN LETRAS): Cuatro mil cuatrocientos diez 00100 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:	3 - 8 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE RECIBIDA LA OC LEGALIZADA. /	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO /



 E. Dra. Juana-Elizabeth Hernández de Morales
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: _____
--	--