

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 //
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. /
Clasificación: Gran Empresa
Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

No de Orden: 114/2019 /
Solicitud No: 005/2019 /
NIT Y/O NRC: [REDACTED]
Correo electrónico:

COMPRA DE MEDICAMENTO. /

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	50	C/U	00800020	FUROSEMIDA PL SOLUCIÓN ORAL. CONCENTRACIÓN: 10MG/ML. PRESENTACIÓN: FRASCO X 60ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 1 AÑO. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIOS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 9.63	\$ 481.50
08	2,000	C/U	01300035	NALBUFINA PL 10MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: NALBUFINA HCl 10MG. PRESENTACIÓN: AMPOLLA X 1ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 1 AÑO. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIOS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 1.28	\$ 2,560.00
23	20	C/U	03100130	IRISTOBRA - D UNGÜENTO OFTÁLMICO. CONCENTRACIÓN: TOBRAMICINA 3.0MG + DEXAMETASONA 1.0MG. PRESENTACIÓN: TUBO X 3.5 GRAMOS. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: JUNIO/2019. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIOS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 4.50	\$ 90.00

TOTAL US: \$ 3,131.50

(TOTAL EN LETRAS): Tres mil ciento treinta y uno 50100 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: RENGLÓN 3: 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.
RENGLÓN 8Y 23: 1 - 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. / **FORMA DE PAGO:** CREDITO 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. Sofia Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 09 ABR 2019