

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 3 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, 10 de Julio de 2019. ✓ No de Orden: **353/2019** ✓
 Solicitante: FARMACIA ✓ Solicitud No: **011/2019 (2ª VEZ)** ✓
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **FARLAB, S.A. DE C.V.** ✓ NIT Y / O: [REDACTED] NRC: [REDACTED]
 Clasificación: **MEDIANA EMPRESA** ✓ Correo electrónico: **farlab@farlab.com.sv**
 Dirección: **37 Calle Oriente No. 365 y pje. YSI. Col. La Rábida, San Salvador. Tel. 2235 – 2851.** ✓

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

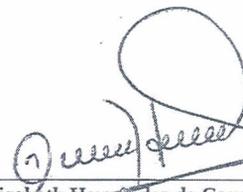
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
08 ✓	180 ✓	C/U	00205005 ✓	CLORANFENICOL (SUCCINATO SODICO) 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL MARCA: PHARM INTER. ORIGEN: INDIA. VENCIMIENTO: 2020-05.	\$ 1.30	\$ 234.00 ✓

TOTAL US: \$ 234.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS): Doscientos treinta y cuatro 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: **A MAS TARDAR 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.** ✓ 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: _____
--	--

24