

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)
FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 15 de Julio de 2019 ✓ **No de Orden:** 367/2019 ✓
Solicitante: Farmacia. ✓ **Solicitud No:** 13/2019 ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Contribuyente. **NRC:** [REDACTED]
Dirección: Calle Circunvalación N.º 105 Bis Plan de La Laguna, Antiguo Cuscatlan. Tel: 2243-8486

Correo Electrónico: Pág. 1-1

Medicamentos desabastecidos; mientras se recibe la compra a nivel central de la Compra Conjunta y considerando que para su recepción pasara un tiempo con el medicamento descubierto se realiza una compra Urgente. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
07	30	CTO	00207020	CLARITROMICINA 500 MG TABLETA, MARCA: SAIMED, VENCE: 07/2020	\$ 18.00	\$ 540.00
40	400	C/U	03100115	TIMOLOL MALEATO 0.5% SOLUCION OFTALMICA FCO. GOTERO 5ML, MARCA: SAIMED, VENCE:04/2020,	\$ 2.00	\$ 800.00
TOTAL US:						\$ 1,340.00

(TOTAL EN LETRAS) MIL TRESCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES 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 Migu -acén, 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 *PRE0SUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	---

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
FECHA DE ENTREGA: 5 DIAS CALENDARIO. ✓ **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO A 60 DÍAS. ✓

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales.
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓
Jefe de Farmacia.
PBX: 2792-3213, 2792-3214.

Elaboró: Ing. Nathalia Angélica Aparicio Pineda
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 15 JUL. 2019