

## **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:** 369/2019 ✓  
**Solicitante:** Farmacia. ✓ **Solicitud No:** 13/2019 ✓  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** GAMMA LABORATORIES, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Gran Contribuye **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** Blvd. Vijosa, Pol, C, Edif, N.º 36 Zona Industrial, Ciudad Merliot, El Salvador, S.A. de C.V. Tel: 2121-4300  
**Correo Electrónico:** [ventasinstitucionales@gammalaboratories.com](mailto:ventasinstitucionales@gammalaboratories.com) **Pág. 1-1**

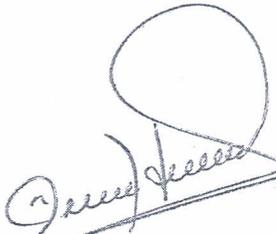
*Medicamentos desabastecidos; mientras se recibe la compra a nivel central de la Compra Conjunta y considerando que para su recepcion pasara un tiempo con el medicamento descubierto se realiza una compra Urgente. ✓*

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
38	205 ✓	C/U	03100065	GAMMA GLAUCOM 2% SOLUCION OFTALMICA, PRESENTACION DEL PRODUCTO: CAJA CON UN FRASCO GOTERO X 5ML., MARCA: GAMMA, PAIS DE ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: 15 MESES DESPUÉS DEL SUMINISTRO, ✓	\$ 2.95	\$ 604.75 ✓

**TOTAL US:** \$ 604.75 ✓

(TOTAL EN LETRAS) SEISCIENTOS CUATRO 75/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

<b>OBSERVACION</b> 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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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 *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
	<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR LA O/C ✓	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 60 DÍAS. ✓

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

<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓ Jefe de Farmacia. PBX: 2792-3213, 2792-3214.	<b>Elaboró:</b> Ing. Nathalia Angélica Aparicio Pineda <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> 15 JUL, 2019
--	--