

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”



MINISTERIO DE SALUD



**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, 19 de Julio de 2019. / No de Orden: 386/2019 /
 Solicitante: FARMACIA / Solicitud No: 015/2019
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: **GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.** / NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: Gran Empresa / Correo electrónico: hhernandez@paill.com
 Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

COMPRA DE MEDICAMENTO. /

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
02	3,000	C/U	00201010	GARAXIL 80MG/2ML SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: GENTAMICINA (SULFATO) 40MG. PRESENTACIÓN: FRASCO VIAL X 2ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: 1,455 UNIDADES 01/2020, 1,545 UNIDADES 05/2021. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 0.94	\$ 2,820.00
11	50	C/U	00400020	FLUCONAZOL PL 2MG/ML. SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: FLUCONAZOL 2MG. PRESENTACIÓN: FRASCO VIAL X 100ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: 01/2020. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 7.28	\$ 364.00
20	100	CTO	01800005	NEOSTIGMIINA PL 0.5MG/ML. SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: NEOSTIGMIINA METILSULFATO 0.5MG. PRESENTACIÓN: AMPOLLA AMBAR X 1ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE UN AÑO. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 0.41	\$ 41.00

TOTAL US: \$ 3,225.00

(TOTAL EN LETRAS): Tres mil doscientos veinticinco 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: 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. / FORMA DE PAGO: CREDITO 60 DÍAS /

E.
 Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco
 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: _____