

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, 19 de Julio de 2019. ✓ **No de Orden:** 391/2019 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 015/2019
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: MEDIANA EMPRESA **Correo electrónico:**
Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa. Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 - 8620.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

| R | CANTIDAD | U/M | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----|----------|-----|----------|---|-----------------|--------------|
| 1 | 2,000 | C/U | 00102015 | METRONIDAZOL 5MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL O BOLSA 100ML. VENCIMIENTO: MAY-20. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS. | \$ 0.50 | \$ 1,000.00 |
| 7 | 4,000 | C/U | 00204005 | IMIPENEN + CILASTATINA (SODICA) (500+500)MG POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL. LE ENTREGARÉ CARTA DE COMPROMISO SI SALIERAMOS ADJUDICADOS. VENCIMIENTO: DIC-19. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS. | \$ 3.50 | \$ 14,000.00 |
| 25 | 200 | CTO | 02304035 | PREDNISONA 5MG TABLETA ORAL. VENCIMIENTO: FEB-20. VIGENCIA DE LA OFERTA: 60 DÍAS. | \$ 3.50 | \$ 700.00 |

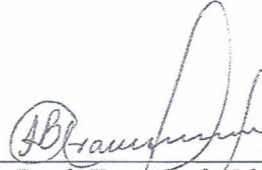

TOTAL US: \$ 15,700.00

(TOTAL EN LETRAS): Quince mil setecientos 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 CALENDARIOS **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO 60 DÍAS ✓

E. 
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECCION 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: _____