

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”

21089
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, 31 de Julio de 2019 ✓ **No de Orden:** 407/2019 ✓
Solicitante: Farmacia. ✓ **Solicitud No:** 08/2019 (3º VEZ)
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. ✓ **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa. **NRC:** [REDACTED]
Dirección: Calle Circunvalación N.º 105 Bis Plan de La Laguna, Antiguo Cuscatlán. Tel: 2243-8486
Correo Electrónico: roxanarenderos@yahoo.es **Pág. 1-1**

Medicamentos con cobertura menor a 3 meses y desabastecidos, siendo necesaria la compra urgente para la farmacia de este centro hospitalario, esta compra es complemento de la Orden de Compra N.º 151/2019 renglón Nº9 (Subido por 3º vez en COMPRASAL) ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
09	1,000	C/U	00903005	HEPARINA (SÓDICA) 5,000 U.I./ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FCO. VIAL 5 ML VENCE: 18 MESES, MARCA: SAIMED,	\$ 3.00	\$ 3,000.00 ✓
TOTAL US:						\$ 3,000.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS) TRES MIL 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 60 DÍAS. ✓

F.
 Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco
 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: _____