

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, 02 de Septiembre de 2019. ✓
Solicitante: FARMACIA ✓
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. ✓
Clasificación: Gran Empresa
Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

No de Orden: 497/2019 ✓
Solicitud No: O15/2019 (2a vez)
NIT Y / O NRC: [REDACTED]
Correo electrónico: hhernandez@pail.com

COMPRA DE MEDICAMENTO.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
18	20	CTO	01600015	TIZANIDINA (CLORHIDRATO) 4 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL	TIZANIDINA PL 4MG TABLETAS. CONCENTRACIÓN: TIZANIDINA 4.0MG. PRESENTACIÓN: BLISTER X 10 TABLETAS. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE ESTA FECHA.	\$ 21.00	\$ 420.00

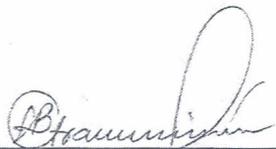
TOTAL US: \$ 420.00
(TOTAL EN LETRAS): Cuatrocientos veinte 00/100 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

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: 05 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS ✓

E. 
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado.
Jefe Farmacia
PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:
Licda. Sofía Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____

OK [Signature]