

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, 13 de Diciembre de 2019. / No de Orden: 673/2019 /
 Solicitante: FARMACIA / Solicitud No: 025/2019
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: COMERCIALIZADORA VASQUEZ PORTILLO, S.A. DE C.V. (FARMACIA LA BUENA). NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: GRAN EMPRESA Correo electrónico: Garancia.ventas@grupovaspo.ri.com
 Dirección: 4ª Av. Norte Final 22 Calle Oriente # 801, Col. López, San Miguel. Tel. 2665 - 4200.

COMPRA DE MEDICAMENTO. /

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	19.20	CTO	01100010	COLCHINA 0.5MG TABLETA ORAL EMPAQUE INDIVIDUAL. PROTEGIDO DE LA LUZ.	COLCHIMEDIO 0.5MG X 40 TABS. VALIDEZ DE OFERTA: 1 SEMANA (48 CAJAS DE 40 TAB. - 1920 TAB. - 100 - 19.20 CTOS).	\$ 36.50	\$ 691.20

TOTAL US: \$ 691.20

(TOTAL EN LETRAS): Seiscientos noventa y uno 20/100 dólares de los Estados Unidos de América. /

INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:

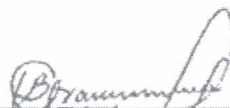
OBSERVACION
 Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.


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: 3 DÍAS HÁBILES FORMA DE PAGO: CREDITO 15 DIAS /

E. 
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:
 Licda. Claudia Maniceta Ulloa de Cazares.
 Jefe Farmacia
 PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:
 Licda. Sofía Carolina Mendoza M.
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 17 DIC. 2019