

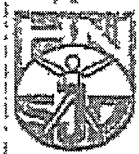
VERSIÓN PÚBLICA

“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, 14 de Julio de 2021 ✓ No de Orden: 371/2021 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓ Solicitud No: 05/2021
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: MORALES LOPES, S.A. DE C.V. ✓ NIT Y / O NRC: [REDACTED]
Clasificación: GRANDE EMPRESA Correo electrónico: marialose.castillo@ortuubrasa.com
Dirección: Av. Cacahuatique # 40 bis. Col. Chaparrastique. San Miguel. Tel. 2675 – 2500.

COMPRA DE MEDICAMENTOS. ✓

| IR | CANTIDAD | U/M | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN GENÉRICA | DESCRIPCIÓN COMERCIAL | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----|----------|-----|----------|---|--|-----------------|-------------|
| 01 | 30 | C/U | 00200011 | FOSFOMICINA DISODICA 1.0G SOLUCIÓN POLVO PARA SOLUCIÓN IV. FRASCO VIAL. | FOSFOCIL MARCA DEL PRODUCTO: SENOSIAN. PAIS DE ORIGEN: MEXICO. PRESENTACIÓN: 1.0G SOLUCIÓN. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS. | \$ 6.02 | \$ 180.60 |

TOTAL US\$ 180.60

(TOTAL EN LETRAS): Ciento ochenta 60/100 dolares de los Estados Unidos de America ✓

| | | |
|--|--|---|
| 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 Quebra, Seguro consumidor final en elplacado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, ocho copias de las facturas y notas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guadalupe. 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. *ALMACEN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ABX, DE OC. |
|--|--|---|

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL

| | | | |
|-------------------|---------------------------------------|----------------|---|
| FECHA DE ENTREGA: | 7 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE ACEPTACION | FORMA DE PAGO: | CONTADO A TRAVES DE TRANSFERENCIA BANCARIA O CHEQUE |
|-------------------|---------------------------------------|----------------|---|

E.  
Dra. Jany Brenda Hernández de Nolasco, RESPOSOR, CA
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz.
Jefe Farmacia
PBX: 2065-0100. Ext. 1251.

Elaboró:
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 21 JUL 2021