

## **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)

HOSPITAL NACIONAL  
SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 30 de Noviembre de 2021. / No de Orden: 716/2021  
Solicitante: FARMACIA. / Solicitud No: 08/2021 (2a VIZ)  
Nombre de la persona natural o jurídica suminiztrante: MEDYPHARM, S.A. DE C.V. / NIT / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: MICRO EMPRESA / Correo electrónico: ventas@medypharm.com / gerencia@medypharm.com  
Dirección: Paseo General Escalón y Calle La Ceiba, Edificio Interinversiones # 4830, San Salvador. Tel. 2614 - 6087.

COMPRA DE MEDICAMENTOS

R	CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCION GENERICA	DESCRIPCION COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
15	140	C/U	01601020	SUCCINILCOLINA (SUXAMETONIO) 500MG/ML POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL 10ML.	SUCCINILCOLINA (SUXAMETONIO) CLORURO DE 500MG POLVO O POLVO LIOFILIZADO PARA SOLUCION INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL 500MG. FABRICADO EN ARGENTINA. LABORATORIOS RIVERO. VENCIMIENTO: 18 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 60 DIAS.	\$ 75.50	\$ 10,570.00
<b>TOTAL US:</b>							\$ 10,570.00
<b>(TOTAL EN LETRAS):</b> Diez mil quinientos setenta 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América							
<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>							
<b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> Colocar en la Factura No. de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y Sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.				C.C. *ALMACÉN *UEFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.			
<b>INDICACIONES PARA EL CLIENTE:</b> 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.				Presentar en la Unidad Financiera UFI, para trámite de Quejadas, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suminiztrante, 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.			
<b>OBSERVACIONES</b>							
LUGAR DE ENTREGA:				HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL			
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:				FONDO GENERAL			
FECHA DE ENTREGA:				100% A 8 DIAS HABILIS		FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DIAS	
				 Dra. Jency Brenda Hernández de Nolasco DIRECTORA HOSPITAL			
Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz. Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251.				Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCION: 08 DIC 2021			