



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, 03 de Febrero de 2022. No de Orden: 059/2022
Solicitante: FARMACIA Solicitad No: 013/2021
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DRUGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V. NITY./ O NRC: XXXXXXXXXX
Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico: facturacion02@farmasolutions.com
Dirección: Calle Cortéz Blanco Ponicate # 4, pje. I Madre Selva 3º Etapa. Antiguo Cuscatlan, La Libertad, Tel. 2526-1600

COMPRA DE MEDICAMENTOS DESIERTOS DE LA CONTRATACION DIRECTA N° 04/2021.

R	CANTIDAD	U/M	CODIGO MINSAL	CODIGO ONU	DESCRIPCIÓN GENERAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
13	98	C/U	02208010	51141643	BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML LIQUIDO PARENTERAL I.M. - I.V. AMPOLLA 1 ML, PROTEGIDA DE LA LUZ	THESIS (BIPERIDENO LACTATO 5MG/ML) SOLUCIÓN INYECTABLE VIA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA; MARCA: CELSIUS. PAIS DE ORIGEN: URUGUAY. VENCIMIENTO: 09/2024. REGISTRO: F062905122007. LABORATORIO FABRICANTE: CELSIUS. VALIDEZ DE LA OFERTA: 45 DÍAS HÁBILES.	\$ 7.00	\$ 686.00

TOTAL US: \$ 686.00

(TOTAL EN LETRAS): Seiscientos ochenta y seis 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.	<p style="text-align: center;"><u>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</u></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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.</p> <p>Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Queda, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, acm. de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	C.C. *ALMACEN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
--	--	---

NOTA: VER ARCHIVO ADJUNTO PARA TRAMITE PARA FACTURACION Y PAGO DE ORDEN DE COMPRA.

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL.		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO FOPROMID		
FECHA DE ENTREGA:	15 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA SU OC.	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO 30 DÍAS HÁBILES

Dra. Jany Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Sylvia Melany Ortiz, Jefe Farmacia Tel. 2792-3213.	Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 17 4 FEB 2022
---	--