



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 26 de Noviembre de 2014 ✓ **No de Orden:** 386  
**Solicitante:** Farmacia ✓ **Solicitud No:** 19/2014 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **RASEGO, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-051188-103-8  
**Clasificación:** Pequeña  
**Dirección:** Residencial Jardines de Vista Hermosa Av Bella Vista N° 52-B Tel. 2242-1321

**MEDICAMENTOS CRITICOS AGOTADOS NECESARIOS PARA FINALIZAR EL AÑO**


CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
450	CTO	704005	AMLODIPINA BESILATO 5 MG, MARCA SAIMED, PRESENTACION: TABLETA 5 MG, ORIGEN: INDIA VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS	\$ 4.80	\$ 2,160.00
2100	C/U	704006	DIMENHIDRATO 50MG/ML SOLUCION INYECTABLE I.M. - I.V. 5ML, MARCA: VIJOSA, PRESENTACION: FRASCO VIAL 5 ML, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS	\$ 1.40	\$ 2,940.00


**TOTAL US: \$ 5,100.00**

**(TOTAL EN LETRAS)** Cinco mil cien 00/100 dólares de los Estados Unidos de América ✓

<b>OBSERVACION</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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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, siete 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>INMEDIATO 4 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA</b>	<b>FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DIAS</b>

E.   
**Dra. Juana E. Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:** S.a. Milagro de la Paz Vargas Díaz  
 Jefe de Farmacia  
 PBX: 2665-6100

**Elaboro:**  
Sandra Yaneth Robles