


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 30 de la LAIP y artículo 6 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”

| | | |
|---|--------------------------------|---------------|
|  | GOBIERNO DE EL SALVADOR | |
| Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" | UNIDAD DE ADQUISICIONES | PREVISION NO: |
| UACI del Hospital Psiquiatrico | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | |

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

| | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| Lugar y Fecha: | San Salvador 18 de Junio del 2021 | No.Orden:234/2021 |
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | | NIT |

COMPAÑIA FARMACEUTICA, S.A. DE C.V.


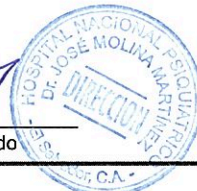




| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|------------------|--|----------|----------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA USO EN ESTE HOSPITAL. | - | - |
| 110 | Cientos | R.15. COD.02000010. NOMBRE GENERICO: CLORFENIRAMINA MALEATO 4MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: CLORFENIRAMINA COFASA 4MG TABLETAS BLISTER X 10 TABLETAS, PRESENTACION BOLSA X 1000 TABLETAS, MARCA COFASA, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO 03/23. | \$3.66 | \$402.60 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$402.60 |

SON: cuatrocientos dos 60/100 dolares

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54108 F.G. ENTREGA: INMEDIATA DESPUES DE RECIBIR O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: LIC. MAURICIO FUNES/ JEFE DE FARMACIA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS


LUGAR DE NOTIFICACIONES:

| | | | |
|--|---|---|---|
|  Titular o Designado |  |  Suministrante |  |
|  Oscar Zavala | |  | |

Elaborado por:yeltize

COPIA: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

| |
|-----------------------|
| DOCUMENTO DISTRIBUIDO |
| 22 JUN 2021 |

| | | |
|---|--------------------------------|---------------|
|  | GOBIERNO DE EL SALVADOR | |
| Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" | UNIDAD DE ADQUISICIONES | PREVISION NO: |
| UACI del Hospital Psiquiatrico | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL | |
| - | | |

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

| | | |
|-----------------------|--|--------------------------|
| Lugar y Fecha: | San Salvador 18 de Junio del 2021 | No.Orden:234/2021 |
|-----------------------|--|--------------------------|

| | |
|--|-----------------------|
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE | NIT |
| COMPAÑIA FARMACEUTICA, S.A. DE C.V. | 06143005660025 |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION | PRECIO | VALOR |
|----------|------------------|--|----------|----------|
| | | | UNITARIO | TOTAL |
| - | - | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA USO EN ESTE HOSPITAL. | - | - |
| 110 | Cientos | R.15. COD.02000010. NOMBRE GENERICO: CLORFENIRAMINA MALEATO 4MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: CLORFENIRAMINA COFASA 4MG TABLETAS BLISTER X 10 TABLETAS, PRESENTACION BOLSA X 1000 TABLETAS, MARCA COFASA, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO 03/23. | \$3.66 | \$402.60 |
| - | - | TOTAL..... | - | \$402.60 |

SON: cuatrocientos dos 60/100 dolares

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54108 F.G. ENTREGA: INMEDIATA DESPUES DE RECIBIR O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: LIC. MAURICIO FUNES/ JEFE DE FARMACIA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

| | |
|------------------------------|------------------------|
| _____ Titular o Designado | _____ |
| _____ | _____ Suministrante |