

## 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

UACI del Hospital Psiquiatrico

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION  
NO:

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Salvador 13 de Julio del 2015

No.Orden:176/2015

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

GRUPO PAILL S. A. DE C. V.

06141512001054

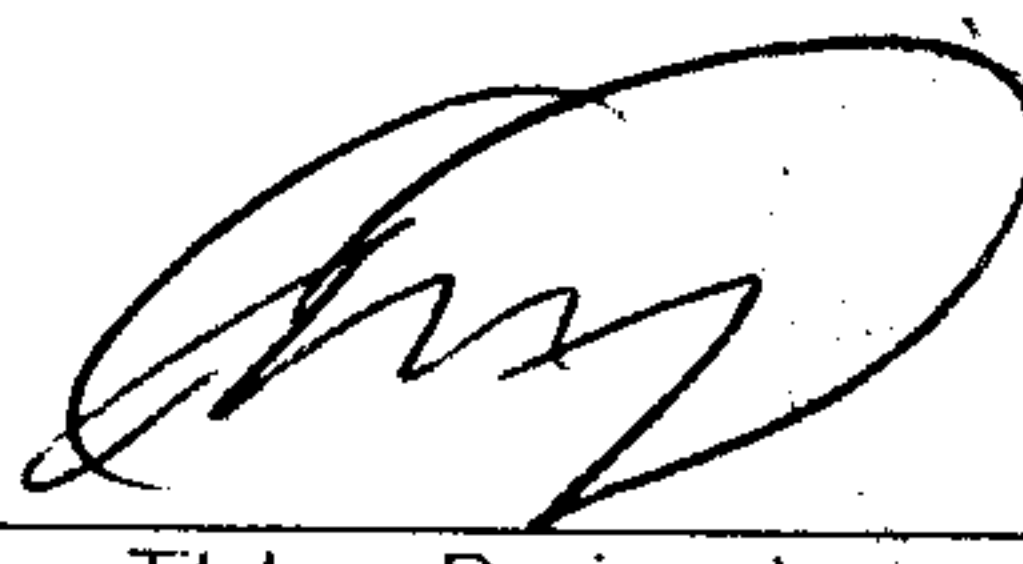
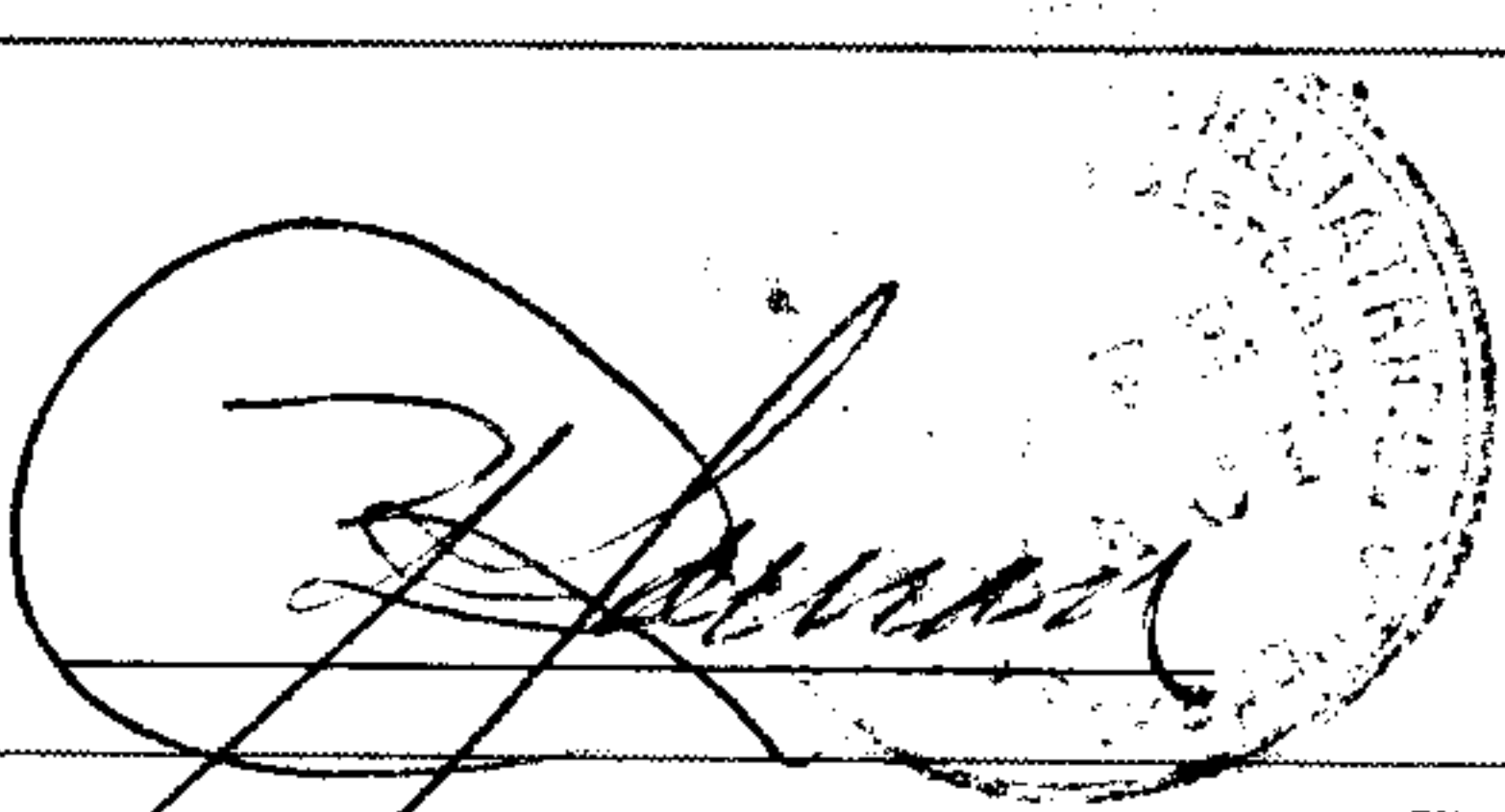
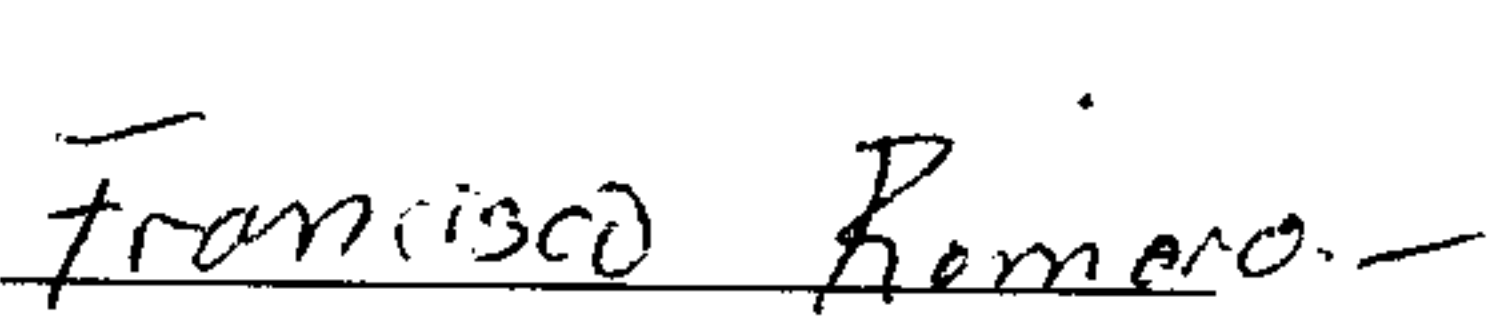
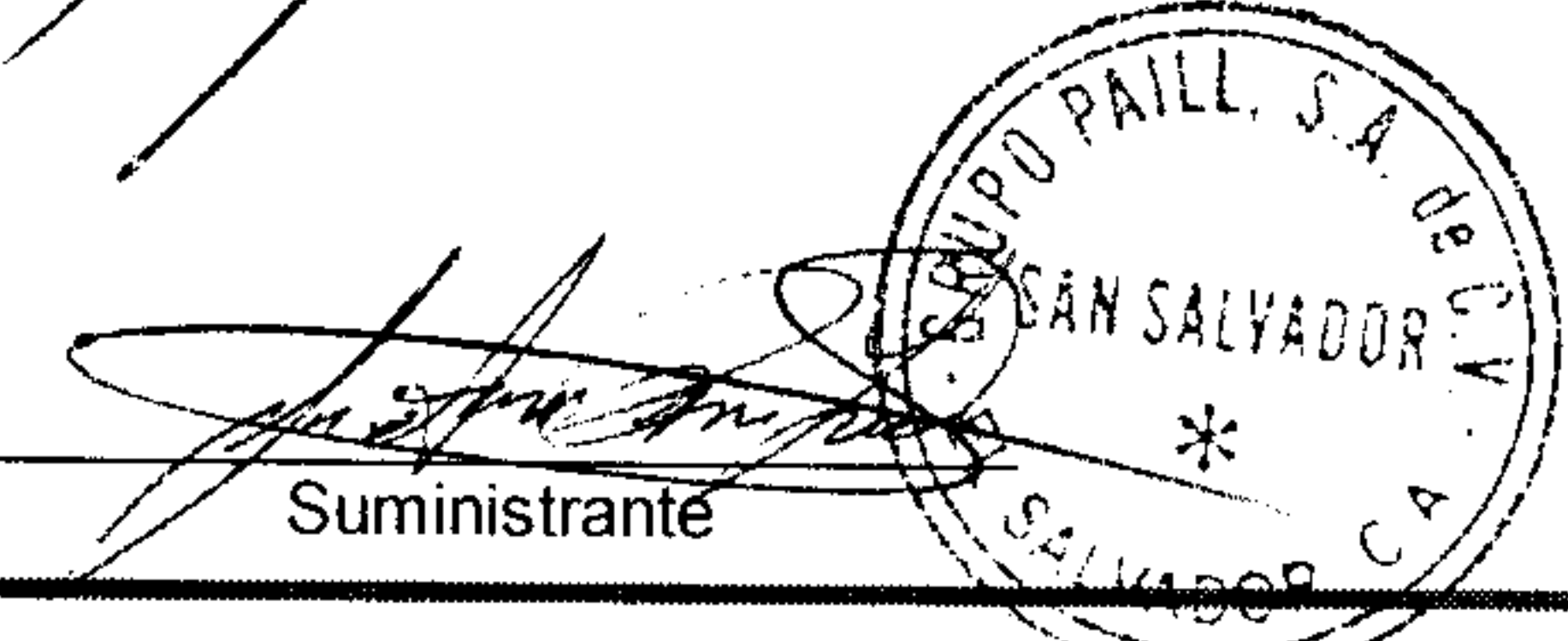
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DE ESTE HOSPITAL.	-	-
100	Cada Uno	COD. 01902005. NOMBRE GENERICO IPRATROPIO BROMURO 250MCG/ML SOL. PARA NEBULIZACION FRASCO GOTERO 20 ML, NOMBRE COMERCIAL BROMUSOL-R 250 SOL. PARA RESPIRADOR PRESENTACION FRASCO GOTERO AMBAR X 20 ML MARCA PAILL ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 1 AÑO.	\$4.50	\$450.00
6000	Cada Uno	COD. 02109010. NOMBRE GENERICO SALES DE REHIDRATACION ORAL KCL 1.5G/L, NACL 3.5G/L, CITRATO TRISODICO DIHIDRATADO 2.9G/L, GLUCOSA ANHIDRA 20G/L POLVO PARA SOLUCION ORAL SOBRE 27.9 G, NOMBRE COMERCIAL SUERO MAX POLVO PARA DISOLVER MARCA PAILL ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 1 AÑO.	\$0.25	\$1,500.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$1,950.00

SON: mil novecientos cincuenta 00/100 dolares

OBSERVACION: CREDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54108. F.G. ENTREGA 1 A 6 DIAS HABILIS LUEGO DE DISTRIBUIDA O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACION DE ESTA ORDEN E IMPOSICION DE MULTA POR CADA DIA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C JEFE DE FARMACIA

LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES: N/A

 Titular o Designado	
 Francisco Romero	 Suministrante


Elaborado por: yelitze

**COPIA:** Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

DOCUMENTO DISTRIBUIDO

FECHA

14 JUL. 2015

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"		UNIDAD DE ADQUISICIONES		
UACI del Hospital Psiquiatrico		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
		PREVISION NO: -		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		<b>San Salvador 13 de Julio del 2015</b>	No.Orden:176/2015	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE			NIT	
<b>GRUPO PAILL S. A. DE C. V.</b>			<b>06141512001054</b>	
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DE ESTE HOSPITAL.	-	-
100	Cada Uno	COD. 01902005. NOMBRE GENERICO IPRATROPIO BROMURO 250MCG/ML SOL. PARA NEBULIZACION FRASCO GOTERO 20 ML, NOMBRE COMERCIAL BROMUSOL-R 250 SOL. PARA RESPIRADOR PRESENTACION FRASCO GOTERO AMBAR X 20 ML MARCA PAILL ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 1 AÑO..	\$4.50	\$450.00
6000	Cada Uno	COD. 02109010. NOMBRE GENERICO SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL KCL 1.5G/L, NACL 3.5G/L, CITRATO TRISODICO DIHIDRATADO 2.9G/L, GLUCOSA ANHIDRA 20G/L POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL SOBRE 27.9 G, NOMBRE COMERCIAL SUERO MAX POLVO PARA DISOLVER MARCA PAILL ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 1 AÑO.	\$0.25	\$1,500.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	<b>\$1,950.00</b>
SON: <b>mil novecientos cincuenta 00/100 dolares</b>				
OBSERVACION: CREDITO, ESPECÍFICO DE GASTO 54108. F.G. ENTREGA 1 A 6 DIAS HABILES LUEGO DE DISTRIBUIDA O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACION DE ESTA ORDEN E IMPOSICION DE MULTA POR CADA DIA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C JEFE DE FARMACIA				
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS				
LUGAR DE NOTIFICACIONES: N/A				
_____		_____		
Titular o Designado		_____		
_____		_____		
_____		Suministrante		

Elaborado por: yelitze