

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”



100217

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

REPUBLICA DE EL SALVADOR
 UNAMOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 08 de Febrero de 2017 / **No de Orden:** 073/2017 /
Solicitante: FARMACIA / **Solicitud No:** 02/2017 /
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: Droguería SAIMED, S.A. de C.V. **NIT Y/O NRC:** [REDACTED] /
Clasificación: Mediana Empresa **Correo Electrónico:** roxanarenderos@yahoo.es /
Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa, Antiguo Cuscatlán, La Libertad. Tel. 2243 - 8486

Compra de Medicamentos Críticos sin abastecimiento por parte de la UNABAST, con cobertura para tres meses. //

REGLON	CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	18,000	C/U	00202035	CEFTRIAXONA (SODICA) 1G POLVO PSOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO VIAL. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. NO MENOR DE 18 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA COTIZACIÓN.	\$ 0.40	\$ 7,200.00
5	7,500	C/U	00206015	CLINDAMICINA 600MG/4ML. SOL. INYECTABLE USO I.V. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. NO MENOR DE 18 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA COTIZACIÓN.	\$ 1.00	\$ 7,500.00
21	750	C/U	02304030	METIL-PREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO) 500MG POLVO/SOL. INYECTABLE. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. NO MENOR DE 18 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA COTIZACIÓN.	\$ 5.00	\$ 3,750.00

TOTAL US: \$ 18,450.00 //

(TOTAL EN LETRAS) Dieciocho mil cuatrocientos cincuenta 00/100 dólares 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.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:		C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
	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, ocho 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.		

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 05 días / **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días //

E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz
 Jefe Departamento Farmacia
 PBX: 2665-6100 Ext. 1251

Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza