

## **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 3 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”**



**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, 10 de Julio de 2019. ✓  
 Solicitante: FARMACIA ✓  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **FARLAB, S.A. DE C.V.** ✓  
 Clasificación: MEDIANA EMPRESA ✓  
 Dirección: 37 Calle Oriente No. 365 y pje. YSI. Col. La Rábida, San Salvador. Tel. 2235 – 2851. ✓

No de Orden: **353/2019** ✓  
 Solicitud No: **011/2019 (2ª VEZ)** ✓  
 NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
 Correo electrónico: farlab@farlab.com.sv

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
08 ✓	180 ✓	C/U	00205005 ✓	CLORANFENICOL (SUCCINATO SODICO) 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL MARCA: PHARM INTER. ORIGEN: INDIA. VENCIMIENTO: 2020-05.	\$ 1.30	\$ 234.00 ✓

TOTAL US: \$ 234.00 ✓  
 (TOTAL EN LETRAS): Doscientos treinta y cuatro 00100 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, 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
 FECHA DE ENTREGA: A MAS TARDAR 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. ✓ FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS ✓

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓ Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251.	Elaboró: Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____
---	--

24