



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

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:** 391  
**Solicitante:** Farmacia **Solicitud No:** 19/2014  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & EL CARIBE, S.A. DE C.V.** **NIT Y / O NRC:** 0614-160987-002-7  
**Clasificación:** Mediana Empresa  
**Dirección:** Paseo General Escalon, # 4999 San Salvador, El Salvador. Tel. 2524-4000

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

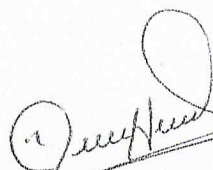
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
200	C/U	3400070	OLIGOELEMENTOS INCLUYE AL MENOS ZINC, COBRE, MANGANESO, CROMO MOLIBDENO, CON SELENIO SOLUCION P FRASCO VIAL 10ML TRACUTIL, MARCA: BBRAUN, ORIGEN: ALEMANIA, VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A 18 MESES.	\$ 2.25	\$ 450.00
200	C/U	3400090	SOLUCION DE AMINOACIDOS CRISTALINOS SIN ELECTROLITOS AL 10% SOLUCION PARENTERAL FRASCO DE VIDRIO 500ML (AMINOPLASMAL). MARCA: BBRAUN, ORIGEN: ALEMANIA, VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: NO MENOR A 18 MESES	\$ 14.00	\$ 2,800.00

**TOTAL US: \$ 3,250.00**

**(TOTAL EN LETRAS)** *Tres mil doscientos cincuenta 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>5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR O DE C (PROD. EN PLAZA)</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CREDITO 30 DIAS</b>

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



<b>Administrador de la Orden:</b> Sra. Milagro de la Paz Vargas Díaz Jefe de Farmacia PBX: 2665-6100	<b>Elaboro:</b> Sandra Yaneth Robles
---	---