



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:** 388
Solicitante: Farmacia ✓ **Solicitud No:** 19/2014 ✓
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-151200-105-4
Clasificación: Grande Empresa
Dirección: 8ª Avenida Sur y 10ª Calle Oriente # 470 San Salvador. Tel. 2281-1240

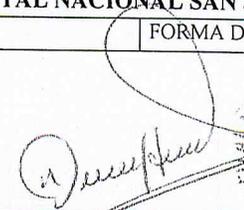
MEDICAMENTOS CRITICOS AGOTADOS NECESARIOS PARA FINALIZAR EL AÑO ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
150 ✓	C/U	709020	DOBUTAMINA PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: DOBUTAMINA (HCL) 12.5 MG, PRESENTACION: FRASCO VIAL AMBAR X 20 ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO, TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA ✓	\$ 1.60	\$ 240.00 ✓
2000 ✓	C/U	7111020	NOREPINEFRINA PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: NOREPINEFRINA 1.0 MG (EQUIVALENTE A 2.0 MG DE NOREPINEFRINA BITARTRATO), PRESENTACION: AMPOLLA AMBAR X 4ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO, TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA ✓	\$ 1.69	\$ 3,380.00 ✓
200 ✓	C/U	1400010	KETAMINA PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: KETAMINA (HC1) 50MG, PRESENTACION: FRASCO VIAL AMBAR X 10ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO, TIEMPO DE ENTREGA: 1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA ✓	\$ 3.95	\$ 790.00 ✓
250 ✓	C/U	1901005	AMINOFILINA PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: AMINOFILINA 25 MG, PRESENTACION: AMPOLLA AMBAR X 10ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO, TIEMPO DE ENTREGA: 1-3 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. ✓	\$ 0.40	\$ 100.00 ✓

PASA...

TOTAL US: \$ 4,510.00

(TOTAL EN LETRAS)

OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	
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.-	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.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	
FECHA DE ENTREGA:	SEGÚN ITEMS	FORMA DE PAGO: 30 DIAS
 F. Dra. Juana E. Hernández de Canales DIRECTORA HOSPITAL		
Administrador de la Orden: Sra. Milagro de la Paz Vargas Díaz Jefe de Farmacia PBX: 2665-6100	Elaboro: Sandra Yaneth Robles	

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: Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel" San Miguel, 26 de Noviembre de 2014 **No de Orden:** 388

Solicitante: Farmacia **Solicitud No:** 19/2014

No nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.** **NIT Y / O NRC:** 0614-151200-105-4

Clasificación: Grande Empresa

Dirección: 8ª Avenida Sur y 10ª Calle Oriente # 470 San Salvador. Tel. 2281-1240

MEDICAMENTOS CRITICOS AGOTADOS NECESARIOS PARA FINALIZAR EL AÑO

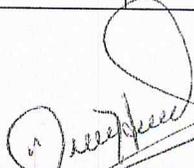
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
8000	C/U	2104015	VIENE... RANITIDINA PL 25 MG/ML SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: RANITIDINA (HC1) 25 MG, PRESENTACION: AMPOLLA AMBAR X 2ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO, 1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA	\$ 0.18	\$ 1,440.00
400	CTO	2201005	PROMACTIL TABLETAS, CONCENTRACION: CLORPROMAZINA (HC1) 100 MG, PRESENTACION: BLISTER AMBAR X 10 TABLETAS, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	\$ 12.00	\$ 4,800.00
9000	C/U	1400010	MIDAZOLAM PL SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: MIDAZOLAM (HC1) 5 MG, PRESENTACION: AMPOLLA AMBAR X 3ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	\$ 0.58	\$ 5,220.00

TOTAL US: \$ 15,970.00

(TOTAL EN LETRAS) Quince mil novecientos setenta 00/100 Dólares de Los Estados Unidos de América.

OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	C.C.
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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
FECHA DE ENTREGA:	1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR	FORMA DE PAGO:	30 DIAS
	ORDEN DE COMPRA		

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



Administrador de la Orden:
Sra. Milagro de la Paz Vargas Díaz
Jefe de Farmacia
PBX: 2665-6100

Elaboro:
Sandra Yaneth Robles