


**MINISTERIO DE SALUD**  
**República de El Salvador, C. A.**



## **V E R S I Ó N P Ú B L I C A**

"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 lincamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

|   |  |                                |  |
|---|--|--------------------------------|--|
|  |  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b> |  |
| Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad                          |  | UNIDAD DE ADQUISICIONES        |  |
| UACI del Hospital San Rafael  |  | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL |  |
|   |  | PREVISION<br>NO:20254108       |  |

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

|                                |  |                   |
|--------------------------------|--|-------------------|
| Lugar y Fecha:                 | <b>Santa Tecla 22 de Mayo del 2017</b> | No.Orden:161/2017 |
| RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE |  | NIT               |
| DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V. |  | 06140711051021    |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR      |
|----------|------------------|--|----------|------------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL      |
|          |                  | LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Compra de Medicamentos de Uso Hospitalario  |          |            |
| 4000     | Cada Uno         | CÓDIGO 00102015 - METRONIDAZOL 5mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL O BOLSA, 100ml, PROTEGIDO DE LA LUZ - (Metronidazol 5mg/ml, Sol. Iny. Bolsa de 100ml; Vence: 09/2018; Marca: SAIMED; Origen: India) (R-1) | \$0.50   | \$2,000.00 |
| 150      | Cientos          | CÓDIGO 02501008 - ATORVASTATINA (CALCINA) 40mg TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ - (Atorvastatina 40mg tabletas oral Vence: 08/2018; Marca: SAIMED; Origen: India) (R-17)                | \$6.00   | \$900.00   |
| TOTAL    |                  |  |          | \$2,900.00 |

SON: dos mil novecientos 00/100 dolares

OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL., presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura, No. de ORDEN DE COMPRA 161/2017, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 112/2017 y SOLICITUD DE COMPRA 122/2017, de FARMACIA. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del producto.

LUGAR DE ENTREGA:Almacén de Medicamentos del Hospital, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md. Deberá presentar NOTA DE REMISION o ENVIO cumpliendo con los requisitos necesarios para la identificación del proceso y producto según lo detalla la Orden de Compra.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

|  |  |
|--|--|
|  <p style="text-align: center;">Titular o Designado</p> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>DOCUMENTO DISTRIBUIDO</b></p> <p><b>24 MAY 2017</b></p> <p>FECHA:</p> <p>U.A.C.I.</p> <p>HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</p> </div> <div style="text-align: right;">  <p>JEFE<br/>U.A.C.I.</p> </div> |
| <p style="text-align: center;">Suministrante</p>   |  <p style="text-align: center;">Suministrante</p>   |

Elaborado por: Tporutlopez

ENTREGAS: 2 Días Hábiles a partir del día siguiente de la distribución de la Orden de Compra.

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo del Dr. Rafael Antonio Mejía Meléndez, Asesor de Suministros Médicos, de este hospital, quien actuara de conformidad a lo dispuesto en el numeral 6.10 del Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública y en la LACAP.

Al momento de la entrega del producto o servicio, traer sello para sellar Acta de Recepción. Para evitar inconvenientes en el pago de su factura, sacar QUEDAN inmediatamente, después de la entrega del producto.

**SI ALGUNO DE LOS RENGLONES PASARA DE \$ 3,000.00, FA VOR PRESENTAR RECIBO DE PAGO DE ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE MINISTERIO DE SALUD.**

Todos los documentos generados en el proceso de compra forman parte integrante de esta Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes.

RECURSOS PROPIOS