

GOBIERNO DE EL SALVADOR

FONDO
GENERAL

Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital San Rafael

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION
NO:20254108

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

Santa Tecla 31 de Marzo del 2020

No.Orden:98/2020

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

MONTREAL, S. A. DE C. V.

06143003921015

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--Medicamento de Uso Hospitalario	-	-
10	Cientos	00501007 - ACICLOVIR 400 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ (R-4)	\$17.30	\$173.00
700	Cientos	00905005 - ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (80 - 100) MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL (R-9)	\$3.26	\$2,282.00
150	Cientos	01100005 - ALOPURINOL 300 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL (R-12)	\$9.37	\$1,405.50
150	Cada Uno	02110015 - LACTULOSA 10 G/15 ML SOLUCIÓN ORAL FRASCO DE (240 - 500)ML (R-20)	\$10.60	\$1,590.00
60	Cientos	02211005 - MEMANTINA CLORHIDRATO, 10 MG TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL (R-28)	\$33.00	\$1,980.00
-	-	TOTAL.....	-	\$7,430.50

SON: siete mil cuatrocientos treinta 50/100 dólares

DESCRIPCION SEGÚN LO OFERTADO:

RENGLÓN No.4:Nor-Clovir 400 mg tabletas, caja por 10 tabletas; Marca: TERAMED; Origen: El Salvador; Vencimiento: no menor a 15 meses.

RENGLÓN No.9: Asa 100mg mk tabletas, caja por 100 tabletas, Marca: mk; Origen: El Salvador; Vencimiento: no menor a 15 meses.

RENGLÓN No.12:Nor-Purinol 300mg tabletas, caja por 30 tabletas; Marca: Teramed; Origen: El Salvador; Vencimiento: no menor a 15 meses

RENGLÓN No.20:Lactulosa grunenthal 65%, solución oral, caja por 1 frasco por 200ml; Marca: GRUNENTHAL; Origen: Chile; Vencimiento: 12/2021.

RENGLÓN No.28: Mimetix 10mg comprimidos, caja x 60 comprimidos, Marca: ABBOTT; Origen: Chile; Vencimiento: 09/2022.

Forman parte integrante de la Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: a) La Solicitud de Cotización, b) La oferta de la contratista presentada en el Hospital; c) La interpretación e instrucción sobre la forma de cumplir las obligaciones formuladas por el HOSPITAL.

OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, presentar duplicado cliente, establecer en la factura, **DESCRIPCIÓN DEL CODIGO SINAB, No. de ORDEN DE COMPRA 98/2020, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 86/2020 y No. de SOLICITUD DE COMPRA 95/2020**, 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 bien o servicio y se depositará en la cuenta corriente proporcionada por el contratista según DECLARACION JURADA DE PAGO (anexar declaración para ser presentada en la UFI).

LUGAR DE ENTREGA: Almacén de Medicamentos del Hospital Nacional San Rafael, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md. Deberá presentar NOTA DE REMISIÓN o ENVÍO cumpliendo con los requisitos necesarios para la identificación del proceso e insumos según lo detalla la Orden de Compra. Favor concertar cita para entrega al: 2594-4064

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, después de la entrega del producto.

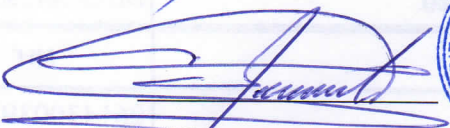
PLAZO DE ENTREGA RENGLONES 4, 9, 12, 20: 1 - 12 días hábiles contados a partir del día siguiente después de distribuida la Orden de Compra.

PLAZO DE ENTREGA RENGLON 28: 1 - 5 días hábiles contados a partir del día siguiente después de distribuida la Orden de Compra

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo del Dr. Rafael Antonio Mejía Meléndez, con funciones de Medico Asesor de Suministros, 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

PAGO DE ANALISIS: Cuando aplique pago de análisis deberá realizarlo, con base al ACUERDO No. 887, del MINISTERIO DE HACIENDA RAMO DE HACIENDA, de fecha 21 de mayo 2013, favor presentar recibo de pago de análisis de control de calidad del ministerio de salud.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

 Titular o Designado	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> DOCUMENTO DISTRIBUIDO 01 ABR 2020 FECHA: U.A.C.I. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL </div>  
 	<p style="text-align: right;"><i>Montreal, S.A. de C.V</i></p>  Suministrante

Elaborado por: nlmoran

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100