



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "SANTA GERTRUDIS"  
SAN VICENTE




## 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 ellos los datos personales de las personas naturales firmantes". (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 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"



	<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente	UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI del Hospital de San Vicente	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	<b>San Vicente 07 de Noviembre del 2016</b>	<b>No.Orden:158/2016</b>
----------------	---	--------------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
<b>FARLAB, S. A. DE C. V.</b>	<b>XXXXXXXXXXXXXXXXXX</b>

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-- FONDOS GOES	-	-
900	Cada Uno	<b>Reglón No.2</b> 01904010 Beclometasona Dipropionato 250 mcg/ aplicación Aerosol I Frasco inhalador dosificador, (200 - 250) inhalaciones, libre de clorofluorocarbonos. <b>OFRECEN:</b> Beclometasona 250mcg/Aplicación. Aerosol Frasco Inhalador 200 Inhalaciones libre de CFC, <b>Origen:</b> China, <b>Vencimiento:</b> 2019-05. Precio Incluye IVA. <b>MARCA:</b> PHARM INTER, <b>VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO)</b> 30 Días, <b>FORMA DE PAGO:</b> Crédito a más de 30 días, <b>PLAZO DE ENTREGA:</b> 100% a 5 Días Hábiles Después de Recibir la Orden de Compra o Contrato Legalizado.	\$3.90	\$3,510.00
-	-	TOTAL.....	-	\$3,510.00

SON: tres mil quinientos diez 00/100 dólares

**OBSERVACION:**

**ESPECIFICACIONES PARA LOS MEDICAMENTOS.** a) Nombre genérico del producto. b) Nombre comercial del producto. c) Concentración. d) Vía de administración. e) Forma farmacéutica del producto. f) Presentación. g) Cantidad del producto en el envase. h) Fórmula cuali-cuantitativa del producto (especificar el contenido de la sal o base utilizada). I) Número de lote. J) Fecha de expiración. k) Nombre del fabricante. l) Número de Registro ante el Consejo Superior de Salud Pública. m) Indicaciones de uso. n) Otras indicaciones del fabricante. ñ) cuando se trate de suspensión, polvo o gránulos para suspensión, se indicará **“Agítese el contenido del frasco antes de usarlo”**, en forma clara y visible. En las formas farmacéuticas a reconstituirse deberá especificar el tiempo de conservación de la suspensión reconstituida a temperatura ambiente y en refrigeración, e indicar hasta dónde diluir. o) En caso de polvos para inyección indicar el tipo de diluyente y el volumen necesario que debe usarse, volumen de la solución reconstituida, tiempo de conservación a temperatura ambiente y en refrigeración una vez preparada la solución. p) Cuando se trate de aerosoles, indicar el nombre de los propelentes. q) Nombre del laboratorio acondicionador o empacador, si es diferente al fabricante. r) Leyenda requerida **“PROPIEDAD DEL MINSAL”**. **LA ROTULACIÓN DEL EMPAQUE COLECTIVO DEBE CONTENER:** a) Nombre genérico del producto. b) Nombre comercial del producto. c) Concentración. d) Forma farmacéutica. e) Presentación. f) Número

de lote. g) Fecha de expiración. h) Laboratorio fabricante. i) Condiciones de manejo y almacenamiento: - Condiciones de temperatura a almacenar.- Número de cajas de estibo.- Indicaciones de cómo acomodar el empaque. j) Las etiquetas deben ser impresas y presentadas en idioma castellano. La rotulación debe ser completamente legible (no presentar borrones, raspados, manchas ni alteraciones en el número de lote, fecha de vencimiento ni en ninguna parte de la etiqueta), en etiquetas de material adecuado (no fotocopia de ningún tipo). k) Indicar las condiciones de los factores ambientales (luz, temperatura y humedad), presentados en su oferta. l) Leyenda requerida: **“PROPIEDAD DEL MINSAL” CARACTERÍSTICAS DE LOS EMPAQUES PRIMARIO, SECUNDARIO Y COLECTIVO EMPAQUE PRIMARIO:** Debe ser inerte y proteger al medicamento de los factores ambientales (luz, temperatura y humedad) su fecha de vencimiento. Además debe estar bien cerrado y garantizar su inviolabilidad (seguridad del cierre del empaque). **EMPAQUE SECUNDARIO:** El empaque secundario debe ser resistente, que permita la protección necesaria del empaque primario (no se aceptará empaque tipo cartulina), para cremas y ungüentos el empaque secundario debe ser caja individual por cada empaque primario. **EMPAQUE COLECTIVO:** Debe ser de material resistente que permita el estibamiento normal en bodega, sus divisiones deberán ser adecuadas a la altura de las unidades del producto y deben garantizar la seguridad del mismo, además debe de indicarse el número de empaques a estibar. **II) CONDICIONES PARA EL ALMACENAMIENTO.** i) De requerir condiciones especiales para su transporte y almacenamiento, estas deben especificarse en todos los empaques, en lugar visible y con la simbología respectiva, haciéndolo constar previamente en la oferta técnica del producto (reactivo) correspondiente. Una vez contratado el producto no se permitirá cambio alguno en estas condiciones; ii) El producto que requiera cadena de frío para su transporte o distribución de la empresa a las instalaciones del Almacén del Hospital deberá garantizar que no se interrumpa la cadena de frío; iii) El vencimiento de los Medicamentos no debe ser de 18 meses para su consumo contados a partir de la fecha de recepción en cada sitio de entrega. **III) CONSIDERACIONES ESPECIALES.** a) Por cada medicamento que aplique el pago para Análisis de Control de Calidad del MINSAL, el contratista deberá efectuar el pago por cada lote a entregar, de acuerdo a tarifas previamente establecidas, Además previo al pago de Análisis deberá presentar en el Laboratorio de Control de Calidad del MINSAL, la hoja de formato de Control de pago del producto. b) El pago de Análisis se debe efectuar con cheque certificado, emitido a favor de la Dirección General de Tesorería, Cuando no aplique el pago, el Contratista deberá entregar la cantidad de muestras requeridas para el Análisis. c) El ministerio de Salud, a través del Laboratorio de Control de Calidad de esta dependencia, constatará la calidad de los medicamentos contratados. Para todos los medicamentos se tomará muestra para los análisis respectivos **IV) PROCESO DE TOMA DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD.** **a)** El HOSPITAL tomará la muestra para realizar el Control de Calidad del Producto Terminado por cada Lote de medicamento contratado en la presente Licitación, en las instalaciones del HOSPITAL, extendiéndose el certificado de aceptación o rechazo por el Laboratorio de Control de Calidad del Ministerio de Salud. **b)** Para ejecutar el control de calidad, el HOSPITAL tomará directamente para análisis la cantidad de muestra requerida. El Contratista se obliga a sustituir en cantidades iguales a las tomadas en el proceso de muestreo por cada lote del producto a entregarse. Es decir que el almacén recibirá la cantidad total del producto contratado más las cantidades necesarias para el proceso de análisis de Control de Calidad. El HOSPITAL se reserva el derecho de solicitar una mayor cantidad de muestra en caso de una NO CONFORMIDAD en el análisis, la cual deberá ser sustituida de la cantidad total contratada. **c)** Ante cualquier duda acerca del Pago de Análisis, cantidad de muestras a entregar o cuando aplica el Pago de Análisis. El Ofertante o

Contratista deberá consultarlo al Laboratorio Central de Control de Calidad de Ministerio de Salud.

- ✓ El contratista deberá entregar en la Unidad Financiera el acta y factura para completar el proceso, de lo contrario se tendrá por incumplida la entrega.
- ✓ DEPENDENCIA SOLICITANTE: **ALMACEN**
- ✓ UNIDAD RESPONSABLE DE RECIBIR EL BIEN O SERVICIO: **ALMACEN**
- ✓ No. SOLICITUD DE COTIZACION Y PROCESO DE COMPRA **No. 120/2016**  
**“MEDICAMENTOS”**
  
- ✓ ADMINISTRADORES DE LA ORDEN DE COMPRA SERAN: **Dr. Mario Ernesto Cierra Toledo, Asesor Médico de Suministros** Teléfono: 2393-9500. Extensión: 2566

**NOMBRE:**

- ✓ **FARLAB, S. A. DE C. V.**

**LUGAR DE ENTREGA:**

ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS UBICADO EN LA 8°. Avenida Sur No.1000 Barrio San Francisco San Vicente – Favor de emitir factura Consumidor Final a nombre de Hospital Nacional “Santa Gertrudis” , San Vicente “NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1% NIT: xxxx-xxxxxx-xxx-x – EL HORARIO PARA LA RECEPCION DE PRODUCTOS ES DE 7:30 a.m. a 12:00 m.d. y de 1:00 a 2:00 p.m. **NOTA:** Por motivo de cierre contable, no se recibirá suministro o servicio, y dará trámite a facturas y documentos de pago los últimos tres días de cada mes. La cancelación se efectuara en la División de Tesorería de la Unidad Financiera Institucional del HOSPITAL

**LUGAR DE NOTIFICACIONES:**

37 Calle Poniente No.365 y Pasaje YSI, Colonia Rábida, San Salvador. Teléfonos: 2235-2851, 2235-3851,2225-2307. Fax: 2225-2307, 2225-6509. E-mail: [ventaslg@farlab.com.sv](mailto:ventaslg@farlab.com.sv), [farlab@navegante.com.sv](mailto:farlab@navegante.com.sv) \* [farlab2@navegante.com.sv](mailto:farlab2@navegante.com.sv). \* [farlab@farlab.com.sv](mailto:farlab@farlab.com.sv)

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

[Imprimir](#)

[Imprimir para LAIP](#)

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI del Hospital de San Vicente		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:	San Vicente 07 de Noviembre del 2016		No.Orden:158/2016	
<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				
FARLAB, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA-0202 Atención Hospitalaria-- FONDOS GOES	-	-
900	Cada Uno	01904010 Bectometasona Dipropionato 250 mcg/ aplicación Aerosol I Frasco inhalador dosificador, (200 - 250) inhalaciones, libre de clorofluorocarbonos. OFRECEN:	\$3.90	\$3,510.00
TOTAL.....			-	\$3,510.00
SON: tres mil quinientos diez 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS UBICADO EN LA 8ª. Avenida Sur No.1000 Barrio San Francisco San Vicente				
 Titular o Designado				
_____ Suministrante				

Elaborado por:FSALINAS

