



MINISTERIO
DE SALUD



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”

HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, SAN VICENTE

**GOBIERNO DE EL SALVADOR**

Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital de San Vicente

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Vicente 01 de Junio del 2021**No.Orden:66/2021****RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE****NIT****ACTIVA, S.A. DE C.V.**

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0203 Desarrollo Infantil Temprano-- FONDOS GOES	-	-
1,000	Cientos	Reglón No. 8- 02301030 Metformina Clorhidrato 850 mg Solido Oral Empaque primario individual. OFRECEN: Nombre Comercial: Metformina 850 mg Tabletas Recubierta Ecomed, Presentación: Blíster x 10 Caja x 100, Precio Incluye IVA. Vida útil Ofertada (vencimiento) No menor a 18 meses al Momento de la Entrega. Adjunto a la Oferta Copia de Registro Dirección Nacional de Medicamentos. Categoría de Contribuyente: Gran Contribuyente, Categoría de la Empresa: Gran Empresa, Laboratorio Fabricante: Laboratorio Pharmedic, MARCA: PHARMEDIC, ORIGEN: EL SALVADOR, VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO) 60 días Calendarios, FORMA DE PAGO: 60 días calendario a partir de la fecha de entrega, PLAZO DE ENTREGA: a mas tardar 8 días hábiles después de recibida la orden de compra.	\$ 3.20	\$ 3,200.00
-	-	TOTAL.....		\$ 3,200.00

SON: Tres Mil Doscientos 00/100 Dólares**OBSERVACION:** NOTA: La Rotulación del Empaque Primario y Secundario deberá contener lo que se pide a continuación:

- Nombre genérico del producto.
- Nombre comercial del producto.
- Presentación.
- Fecha de fabricación o esterilización.
- Fórmula cuali-cuantitativa del producto.
- Número de lote.
- Fecha de expiración cuando lo amerite.
- Nombre del fabricante.
- Número de Registro ante la
- Indicaciones de uso.

k) Otras indicaciones del fabricante.

l) Leyenda requerida “ ”.

La información deberá ser gravada directamente en el empaque primario o estar impresa en una etiqueta de material adecuado que no sea fácilmente desprendible (no se aceptan Fotocopias de ningún tipo), en idioma castellano; la rotulación debe ser completamente legible (no debe presentar borrones, raspaduras, manchas ni alteraciones de ningún tipo en el número de lote, fecha de expiración cuando lo amerite, ni en ninguna parte de la rotulación).

No se permitirán etiquetas adicionales usadas como aclaraciones de la etiqueta principal. La información gravada deberá ser impresa en forma que no desaparezca bajo condiciones de manipulación normal. Presentar Copia de Constancia de No. por cada Renglón que Oferten.

ACLARANDO QUE: Toda compra que Exceda 10 Salarios Mínimo Urbano (US\$ 3,041.70), 25 Unidades o 10 Cientos de los Medicamentos Adquirido, deberá presentar su Respectivo Pago de Análisis de Control de Calidad según Acuerdo Ejecutivo No. 887 de fecha 7 de enero de 2009; y lo Establecido en el Art. 153 de la Disposición General de Presupuesto, si no APLICA para Pago de Análisis, EL CONTRATISTA DEBERA ENTREGAR LAS MUESTRAS PARA ENVIARLAS AL CONTROL DE CALIDAD.

SEGÚN SOLICITUD DE COMPRA RECIBIDA EN FECHA 12/05/2021; SOLICITADO DE , EL DELEGA AL . EN COMO ADMINISTRADOR DE LA COMPRA Y SERA EL RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA. ASI MISMO SERA EL ENLACE ENTRE EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE. ORDEN DE COMPRA REALIZADA SEGÚN PROCESO DE COMPRA **No.056/2021**, “ ”, **FONDOS GOES**. Y POR MOTIVO DE CIERRE CONTABLE, NO SE RECIBIRAN SUMINISTROS Y NO SE DARA TRAMITE A FACTURAS Y DOCUMENTOS DE PAGO, EN LOS ULTIMOS 3 DIAS DE CADA MES; ADEMAS DE LA ENTREGA COMPRENDE, ENTREGAR ACTA Y FACTURA A LA : (- , - , -), PARA COMPLETAR EL PROCESO, CASO CONTRARIO SE TENDRÁ POR NO ENTREGADO EL SERVICIO O PRODUCTO QUE SE TRADUCIRA EN INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA, EN ESE SENTIDO SOLICITAMOS QUE EL PROVEEDOR PASE POR EL DEPARTAMENTO DE LA A FIRMAR LA ORDEN DE COMPRA EN ORIGINAL, NO OLVIDAR PRESENTAR EL SELLO DE LA EMPRESA.-

LUGAR DE ENTREGA: EN EL DEL , UBICADO ENTRE LA . Y . CALLE Y SUR No. , DEL , DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; : - : - **Ext.** , , EN HORARIO DE 08:00 a.m. A 12:00 md. Y DE 01:00 p.m. A 02:30 p.m.; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCION ES AGENTE DE RETENCION DEL 1%.

LUGAR DE NOTIFICACIONES: EL LA . Y . CALLE ORIENTE Y . AVENIDA SUR No. , DEL DE LA Y DEPARTAMENTO DE , . . **DE** . . x½ DEL

mail: . @ . ; . TELEFONO: - , - E-
@ .

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

Elaborado por: FESALINAS

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
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:	San Vicente 01 de Junio del 2021		No.Orden:66/2021	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
ACTIVA, S.A. DE C.V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0203 Desarrollo Infantil Temprano-- FONDOS GOES	-	-
1000	Cientos	Renglon No.8- 02301030 Metformina Clorhidrato 850 mg Solido Oral Empaque primario individual. OFRECEN: Nombre Comercial: Metformina 850 mg Tabletas Recubierta Ecomed, Presentación: Blister x 100 Caja x 100, Precio Incluye IVA. Vida útil Ofertada (vencimiento) No menor a 18 meses al Momento de la Entrega. Ver Muestra. Adjunto a la Oferta Copia de Registro Direccion Nacional de Medicamentos. Categoria de Contribuyente: Gran Contribuyente, Categoria de la Empresa: Gran Empresa, Laboratorio Fabricante: Laboratorio Pharmedic,	\$3.20	\$3,200.00
-	-	TOTAL.....	-	\$3,200.00
SON: tres mil doscientos 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS DE SAN VICENTE				
 Titular o Designado		 _____ Suministrante		

Elaborado por:FSALINAS

