



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:68/2021****RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE****NIT****FARLAB, S. A. DE C. V.**

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0203 Desarrollo Infantil Temprano--FONDOS GOES	-	-
1,000	Cada Uno	Replón No.7- 01903005 Salbutamol (Sulfato) 100 mcg/ Inhalación, Líquido Presurizado para inhalación Frasco (200 - 250) inhalaciones, libre de clorofluorocarbono (C.F.C). OFRECEMOS: 01903005 Salbutamol Pharm Inter Aerosol,0.1mcg/dosis. Frasco Inhalador X 200 dosis, Vencimiento: 08/2023, Precio Incluyen IVA. Categoría de la Empresa Según Minc: Mediana Empresa, Adjunto a la Oferta Registro de Dirección Nacional De Medicamentos. MARCA: PHARM INTER, ORIGEN: CHINA, VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO): 30 días calendario. FORMA DE PAGO: Crédito de 60 días, PLAZO DE ENTREGA: 10 días calendarios después de recibir Orden de Compra.	\$ 1.60	\$ 1,600.00
-	-	TOTAL.....	-	\$ 1,600.00

SON: Mil Seiscientos 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 Dirección () Obligatorio.
- Indicaciones de uso.
- Otras indicaciones del fabricante.
- 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 , EL HOSPITAL DELEGA AL . 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 FIRMAR LA ORDEN DE COMPRA EN ORIGINAL, NO OLVIDAR PRESENTAR EL SELLO DE LA EMPRESA.-

LUGAR DE ENTREGA: EN EL , UBICADO ENTRE LA . Y . CALLE ORIENTE Y . , DEL , DE LA CIUDAD Y ; : - **CONNMUTADOR:** - **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 CIUDAD Y DE . **DE** . No. , TELEFONO: - , - , - FAX: - , E-mail: @ . ; @ . [.sv](#); @ .com.sv

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante

Elaborado por: FESALINAS

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISIÓN NO:
UACI del Hospital de San Vicente	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Vicente 13 de Julio del 2020	No.Orden:68/2020
----------------	---	------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

LABORATORIOS LOPEZ, S. A. DE C. V.

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-- FONDOS GOES	-	-
1000	Cada Uno	Renglon No.5- 00902015 Enoxaparina Sódica 60 mg (6,000 UI Antifactor Xa) Solución inyectable S.C. Jeringa prellenada 0.6 mL. OFERTAMOS: Microparin 60 mg/0.6ml Solución Inyectable, Presentación: Caja por 1 Jeringa Prellenada.Observaciones: Ofrecemos producto sin Leyenda de Propiedad. Vencimiento del Producto: No menor de 15 meses. Nota: el Valor Unitario y Total Incluyen IVA.MARCA:PROCAPS,ORIGEN:COLOMBIA,VALIDEZ DE LA OFERTA (PLAZO)10 DIAS CALENDARIOS A PARTIR DEL 07 DE JULIO DE 2020,FORMA DE PAGO:CREDITO A 30 DIAS,PLAZO DE ENTREGA:100% EN 21 DIAS HÁBILES DESPÚES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	\$10.00	\$10,000.00
-	-	TOTAL.....	-	\$10,000.00

SON: diez mil 00/100 dolares

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE

  Titular o Designado:	
	_____ Suministrante

Elaborado por: FSALINAS

