



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

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 ello los datos personales de las personas naturales firmantes (direcciones y números de documentos personales)”.

(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”

**GOBIERNO DE EL SALVADOR**

Hospital Nacional de Ilobasco

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI Hospital de Ilobasco

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION
NO:**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:

Ilobasco, Cabañas 06 de Febrero del 2017**No.Orden:22/2017****RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE
NIT****DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V.**


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--SOLICITUD 05, MEDICAMENTOS (FONDO GENERAL)	-	-
1500	Cada Uno	RENLÓN 04, CÓDIGO: 00102015, METRONIDAZOL 5mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL O BOLSA DE 100ml, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.50	\$750.00
50	Cada Uno	RENLÓN 07, CÓDIGO: 00202022, CEFADROXILO MONOHIDRATO 250mg/ml POLVO O GRANULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL, FRASCO ORAL DE 60-100ml , MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$1.00	\$50.00
900	Cada Uno	RENLÓN 09, CÓDIGO: 00202035, CEFTRIAXONA SÓDICA, 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE, FRASCO VIAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.40	\$360.00
30	Cada Uno	RENLÓN 15, CÓDIGO: 00207015, CLARITROMICINA 250mg/5ml POLVO O GRANULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL DE 50-60ML, MARCA: SAIMES, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$6.00	\$180.00
5	Cientos	RENLÓN 16, CÓDIGO: 00207020, CLARITROMICINA 500mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$20.00	\$100.00
20	Cientos	RENLÓN 17, CÓDIGO: 00208005, CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$4.50	\$90.00
100	Cientos	RENLÓN 26, CÓDIGO: 01001020, IBUPROFENO 400mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$2.20	\$220.00
300	Cientos	RENLÓN 28, CÓDIGO: 01200010, ACETAMINOFEN 500mg TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.90	\$270.00
325	Cada Uno	RENLÓN 38, CÓDIGO: 01902010, IPRATROPIO BROMURO 20mcg/DOSIS AEROSOL FRASCO INHALADOR, DOSIS DE 200-300 LIBRE DE CLOROFLUROCARBONO, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$4.50	\$1,462.50
2900	Cada Uno	RENLÓN 44, CÓDIGO: 02104015, RANITIDINA CLORHIDRATO, 50mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA DE 2 A 5 ML, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.12	\$348.00
250	Cada Uno	RENLÓN 51, CÓDIGO: 02304028, METIL PREDNISOLONA (SUCCIONATO SODICO) 500mg POLVO PARA DILUCIÓN FRASCO VIAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$5.00	\$1,250.00
-	-	TOTAL.....	-	\$5,080.50

SON: cinco mil ochenta 50/100 dolares

OBSERVACION: LA ENTREGA DEBERA SER 05 DIAS HABLES DESPUES DE ENVIADA LA ORDEN DE COMPRA (SEGUN FECHA EN SU COTIZACION). COORDINAR CON EL AREA DE ALMACEN Y EL/LA ADMINISTRADOR/A DE CONTRATO, REFLEJAR EN LA FACTURA EL N° DE RENGLON, CODIGO INSTITUCIONAL, N° DE ORDEN DE COMPRA Y EL 1% DE RETENCION. PRESENTAR 8 COPIAS DE FACTURA DUPLICADO CLIENTE, LEGIBLES, DE LO CONTRARIO NO SERAN RECIBIDAS. TELEFONO DE ALMACEN: 2384-3080

LUGAR DE ENTREGA:ALMACÉN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, UBICADO EN: FINAL 4TA. CALLE PTE. B° EL CALVARIO, ILOBASCO-CABAÑAS



LUGAR DE NOTIFICACIONES:

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional de Ilobasco		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISION NO:
UACI Hospital de Ilobasco		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:		Ilobasco, Cabañas 06 de Febrero del 2017		No.Orden:22/2017
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
DROGUERIA SAIMED, S.A. DE C.V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-SOLICITUD 05, MEDICAMENTOS (FONDO GENERAL)	-	-
1500	Cada Uno	RENGLÓN 04, CÓDIGO: 00102015, METRONIDAZOL 5mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL O BOLSA DE 100ml, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.50	\$750.00
50	Cada Uno	RENGLÓN 07, CÓDIGO: 00202022, CEFADROXILO MONOHIDRATO 250mg/ml POLVO O GRANULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL, FRASCO ORAL DE 60-100ml, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$1.00	\$50.00
900	Cada Uno	RENGLÓN 09, CÓDIGO: 00202035, CEFTRIAXONA SÓDICA, 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE, FRASCO VIAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.40	\$360.00
30	Cada Uno	RENGLÓN 15, CÓDIGO: 00207015, CLARITROMICINA 250mg/5ml POLVO O GRANULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL DE 50-60ML, MARCA: SAIMES, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$6.00	\$180.00
5	Cientos	RENGLÓN 16, CÓDIGO: 00207020, CLARITROMICINA 500mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$20.00	\$100.00
20	Cientos	RENGLÓN 17, CÓDIGO: 00208005, CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO 500mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$4.50	\$90.00
100	Cientos	RENGLÓN 26, CÓDIGO: 01001020, IBUPROFENO 400mg TABLETA RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$2.20	\$220.00
300	Cientos	RENGLÓN 28, CÓDIGO: 01200010, ACETAMINOFEN 500mg TABLETA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, MARCA SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.90	\$270.00
325	Cada Uno	RENGLÓN 38, CÓDIGO: 01902010, IPRATROPIO BROMURO 20mcg/DOSIS AEROSOL FRASCO INHALADOR, DOSIS DE 200-300 LIBRE DE CLOROFLUROCARBONO, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$4.50	\$1,462.50
2900	Cada Uno	RENGLÓN 44, CÓDIGO: 02104015, RANITIDINA CLORHIDRATO, 50mg SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA DE 2 A 5 ML, MARCA: SAIMED, VENCIMIENTO: 18 MESES	\$0.12	\$348.00
250	Cada Uno	RENGLÓN 51, CÓDIGO: 02304028, METIL PREDNISOLONA (SUCCIONATO SODICO) 500mg POLVO PARA DILUCIÓN FRASCO VIAL, MARCA: SAIMED,	\$5.00	\$1,250.00

		VENCIMIENTO: 18 MESES	
-	-	TOTAL.....	\$5,080.50

SON: cinco mil ochenta 50/100 dolares

LUGAR DE ENTREGA:ALMACÉN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, UBICADO EN: FINAL 4TA. CALLE PTE. B° EL CALVARIO, ILOBASCO-CABAÑAS

 <p>Titular o Designado</p>	
<p>ENTREGADO 0 8 FEB 2017</p>	<p>Suministrante</p>

Elaborado por:apena