



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S.



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)



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: ACTIVA, S.A DE C.V.		ORDEN DE COMPRA N°	3215-049-2021		
NIT:		SOLICITUD N°	047/2021		
PLAZO DE ENTREGA: SEGUN LO ESPECIFICADO EN CADA RENGLÓN		FECHA	01 febrero, 2021		
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS					
UNIDAD SOLICITANTE: FARMACIA			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: LICDA. ROXANA DE QUINTANILLA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Solicitado: Código SINAB: 00708010. Código ONU: 51121502. Descripción: Digoxina 0.25 mg Tableta Oral Empaque primario individual. OFRECEN: Código SINAB: 00708010. Código ONU: 51121502. DESCRIPCIÓN: PHARMEGOXIN 0.25 TABLETAS MARCA: PHARMEDIC. PAÍS DE ORIGEN: EL SALVADOR. FABRICANTE: LABORATORIOS PHARMEDIC. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA. N° DE LOTE: N° DE REGISTRO CSSP / DNM: 20779. GARANTÍA (SI APLICA): PLAZO DE ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	CTO	50	\$ 13.00	\$ 650.00
2	Solicitado: Código SINAB: 01300045. Código ONU: 51142235. Descripción: Tramadol Clorhidrato 50 mg Cápsula Oral Empaque primario individual. OFRECEN: Código SINAB: 01300045. Código ONU: 51142235 DESCRIPCIÓN: TRAMADOL 50 MG TABLETAS ECOMED. MARCA: ECOMED. PAÍS DE ORIGEN: EL SALVADOR. FABRICANTE: LABORATORIOS PHARMEDIC. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA. N° DE LOTE: N° DE REGISTRO CSSP / DNM: F044716052001. GARANTÍA (SI APLICA): PLAZO DE ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	CTO	60	\$ 15.20	\$ 912.00
3	Solicitado: Código SINAB: 02301030. Código ONU: 51181517. Descripción: Metformina Clorhidrato 850 mg Tableta Oral Empaque primario individual o frasco. OFRECEN: Código SINAB: 02301030. Código ONU: 51181517. Descripción: METFORMINA 850 mg TABLETAS RECUBIERTAS ECOMED. MARCA: ECOMED. PAÍS DE ORIGEN: EL SALVADOR. FABRICANTE: LABORATORIOS PHARMEDIC. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL MOMENTO DE LA ENTREGA. N° DE LOTE: N° DE REGISTRO CSSP / DNM: F006509022011. GARANTÍA (SI APLICA): PLAZO DE ENTREGA: 10 DIAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA	CTO	345	\$ 3.20	\$ 1,104.00
MONTO EN LETRAS: DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS.00/100 DOLARES					\$ 2,666.00



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
Específico	54108				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,666.00				Fondo: FONDO GENERAL

JUSTIFICACION: ES NECESARIO LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA USO EN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD # 1

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

GESTIONÓ (UACI)	AUTORIZÓ (DIRECTOR)	REGISTRÓ (UFI)	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello
-----------------	---------------------	----------------	---