



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: LABORATORIOS TERAMED, S.A. DE C. V.		ORDEN DE COMPRA N°	3215-050-2021		
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: 02705025. Código ONU: 51131518. Descripción: Sulfato Ferroso + Ácido Fólico (300 + 0.5) mg equivalente a 60 mg de Hierro Elemental Tableta Oral Empaque primario individual o frasco protegido de la luz. OFRECEN: Código SINAB: 02705025. Código ONU: 51131518. Descripción: Nombre Genérico del Producto: Sulfato Ferroso + Ácido Fólico (300 + 0.5) mg equivalente a 60 mg de Hierro Elemental Tableta Oral Empaque primario individual o frasco protegido de la luz. Nombre Comercial del Producto: SULFATO FERROSO C TM 300/0.5 mg TABLETAS. Presentación: Blister protegido de la luz x 10; Caja x 500 Tabletas. Marca: TM. País de Origen: EL SALVADOR. Vencimiento: NO MENOR A 18 MESES A PARTIR DE LA ENTREGA. N° de Registro CSSP / DNM: F005108012003. Plazo de Entrega: 100% TREINTA DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE RECIBIR LA O/C.	CTO	200	\$ 2.49	\$ 498.00
2	Solicitado: Código SINAB: 02703011. Código ONU: 51191919. Descripción: Gluconato de Zinc 50 mg Tableta Tableta Recubierta o Capsula Oral Empaque Primario Individual. OFRECEN: Solicitado: Código SINAB: 02703011. Código ONU: 51191919. Descripción: Nombre Genérico del Producto: Gluconato de Zinc 50 mg Tableta Tableta Recubierta o Capsula Oral Empaque Primario Individual. Nombre Comercial del Producto: NOR-CREZINC 50 mg TABLETA RECUBIERTA. Presentación: Blister cristalino x 10; Caja x 50 Tabletas. Marca: TERAMED. País de Origen: EL SALVADOR. Vencimiento: NO MENOR A 18 MESES A PARTIR DE LA ENTREGA. N° de Registro CSSP / DNM: 22,694. Plazo de Entrega: 100%, 8 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR LA O/C.	CTO	60	\$ 5.13	\$ 307.80
MONTO EN LETRAS: OCHOCIENTOS CINCO.80/100 DOLARES					\$ 805.80
Específico	54108				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 805.80				Fondo: FONDO GENERAL



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 \$
------	-------------	-----	----------	--------------	----------

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
-----------------	---------------------	----------------	---