



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: <b>DROGUERIA MASTERS, S.A DE C.V</b>                                  |   | ORDEN DE COMPRA<br>N° | 3215-109-2021   |              |                                |
|--|---|-----------------------|-----------------|--------------|--------------------------------|
| NIT:   |   | SOLICITUD N°          | 076-2021        |              |                                |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO DESP. DE RECIBIR<br/>PERMISO AUTORIZADO DE LA DNM</b> |   | FECHA                 | 4/20/2021       |              |                                |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>                                     |   |                       |                 |              |                                |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>AREA DE FARMACIA</b>  |   |                       | FORMA DE PAGO   |              |                                |
| ADMN. DE ORDEN: <b>LICDA. ROXANA DE QUINTANILLA</b>                                  |   |                       | CRÉDITO 60 DÍAS |              |                                |
| RGN.   | DESCRIPCIÓN   | U/M                   | CANTIDAD        | PRECIO U. \$ | TOTAL \$                       |
| 1  | <b>Descripcion de lo Solicitado</b> Codigo del producto: 1300032/51142206, Morfina Sulfato 30mg tableta o Capsula de liberacion prolongada empaque primario individual protegido de la luz, <b>OFERTADO:</b> MST CONTINUS 30MG TABLETAS DE LIBERACION PROLONGADA, Marca: NAPP PHARMACEUTICALS LIMITED, Origen: REINO UNIDO Vto del producto: 24 meses, <b>Observacion:</b> Por ser producto controlado, se necesita obtener carta de aceptacion de transferencia para ser autorizada por la Direccion Nacional de Medicamentos. | CTO                   | 3               | \$ 230.00    | \$ 690.00                      |
| <b>MONTO EN LETRAS: SEISCIENTOS NOVENTA 00/100 DOLARES</b>                           |   |                       |                 |              | <b>\$ 690.00</b>               |
| Especifico   | 54113   |                       |                 |              | Línea de Trabajo: <b>02-02</b> |
| Valor US \$  | \$ 690.00   |                       |                 |              | Fondo: <b>Fondo General</b>    |

JUSTIFICACION: ES NECESARIO LA COMPRA DE ESTE MEDICAMENTO PARA EL AREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ESTE HOSPITAL . ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. SOLICITUD # 2-2021

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 |
|                 |                     |                |   |