



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)

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: SEVEN PHARMA EL SALVADOR, S.A. DE C.V.		N° ORDEN DE COMPRA		3215-306-2021	
NIT:		N° SOLICITUD		CD-014/2021	
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2021-3200-3-07-02-22-1-54108		PROYECTO No.		8024	
PLAZO DE ENTREGA: CONFORME A BASES DE CONTRATACION DIRECTA: 100% DENTRO DE 25 DIAS CALENDARIO DESPUES DE DISTRIBUIDO EL CONTRATO A LA CONTRATISTA		FECHA		21/12/21	
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS GENERALES HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL					
UNIDAD SOLICITANTE: ASESOR DE SUMINISTROS			FORMA DE PAGO		
EN BASE ARTICULO 82 BIS QUEDA NOMBRADO COMO ADMON. DE ESTA ORDEN DE COMPRA: LIC. ROXANA MIRANDA DE QUINTANILLA, JEFE DE FARMACIA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<p>(REGLON No.8) SOLICITADO: CODIGO SINAB: 02608015 , CODIGO ONU: 51201503 DESCRIPCION: MICOFENOLATO MOFETILO 250 MG CÁPSULA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ</p> <p>SE OFRECE: CODIGO SINAB: 02608015, CODIGO ONU: 51201503 DESCRIPCION: MYCORT-MICOFENOLATO DE MOFETILO CAPSULA 250 MG. MARCA: HETERO FABRICANTE: HETERO LABS LIMITED ORIGEN: INDIA PRESENTACION:CAJA X 3 BLISTER X 10 TABLETAS (CAJA X 30 TABLETAS) No. REGISTRO DNM:IMF033313092018 VENCIMIENTO:08/2023 PLAZO DE ENTREGA:CONFORME A BASES DE CONTRATACION DIRECTA. VIGENCIA DE OFERTA: 60 DIAS CALENDARIO</p>	CTO	74	\$ 44,50	\$ 3.293,00
2	<p>(REGLON No.10) SOLICITADO: CODIGO SINAB: 02105016 , CODIGO ONU: 51170000 DESCRIPCION: ESOMEPRAZOL (SÓDICO) 40 MG POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL, PROTEGIDO DE LA LUZ</p> <p>SE OFRECE: CODIGO SINAB: 02105016 , CODIGO ONU: 51170000 DESCRIPCION: YESOM-ESOMEPRAZOL SODICO POLVO LIOFILIZADO PARA USO PARENTERAL 40 MG IV MARCA: ASPIRO FABRICANTE: ASPIRO PHARMA LIMITED ORIGEN: INDIA PRESENTACION:CAJA X 1 FRASCO VIAL No. REGISTRO DNM:IMF005931012019 VENCIMIENTO: NO DETALLA PLAZO DE ENTREGA:CONFORME A BASES DE CONTRATACION DIRECTA. VIGENCIA DE OFERTA: 60 DIAS CALENDARIO</p>	UNIDAD	25	\$ 9,95	\$ 248,75
MONTO EN LETRAS: TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UNO CON 75/100 DÓLARES					\$ 3.541,75
Específico	54108				Línea de Trabajo: 0702

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



CUENTA:

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

SUMINISTRANTE: SEVEN PHARMA EL SALVADOR, S.A. DE C.V.		N° ORDEN DE COMPRA		3215-306-2021		
NIT:		N° SOLICITUD		CD-014/2021		
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2021-3200-3-07-02-22-1-54108		PROYECTO No.		8024		
PLAZO DE ENTREGA: CONFORME A BASES DE CONTRATACION DIRECTA: 100% DENTRO DE 25 DIAS CALENDARIO DESPUES DE DISTRIBUIDO EL CONTRATO A LA CONTRATISTA		FECHA		21/12/21		
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS GENERALES HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL						
UNIDAD SOLICITANTE: ASESOR DE SUMINISTROS			FORMA DE PAGO			
EN BASE ARTICULO 82 BIS QUEDA NOMBRADO COMO ADMON. DE ESTA ORDEN DE COMPRA: LIC. ROXANA MIRANDA DE QUINTANILLA, JEFE DE FARMACIA			CRÉDITO 60 DÍAS			
RGN.	DESCRIPCIÓN		U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
Valor US \$	\$	3.541,75				Fondo: FONDO GENERAL
<p>FORMA Y TRAMITE DE PAGO: El pago se efectuará a través de la Dirección General de Tesorería del Ministerio de Hacienda mediante la modalidad de Abono a Cuenta (Deberá proporcionar: Nombre del Banco, Número de Cuenta, Nombre de la cuenta Bancaria, Tipo de Cuenta, mediante Declaración Jurada) en un plazo de 60 días calendario posterior a que la Contratista presente en la Tesorería del Ministerio de Salud, ubicada en Calle Arce No. 827, San Salvador, para trámite de Quedan respectivo la documentación de pago siguiente: factura duplicado cliente a nombre del Ministerio de Salud y código de proyecto, incluyendo en la facturación Número de Contrato, Número de Proceso de Compra, Número de Renglón, precio unitario, precio total y la retención del 1% del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios (IVA), adjuntando copia del acta de recepción firmada y sellada por el guardalmacén del Hospital Nacional Zacamil, administrador del contrato, representante del contratista de conformidad a lo establecido en el (Art. 77 RELACAP) y copia de las garantías según defina la UACI del Hospital, Además LA CONTRATISTA entregará copia de la factura en la UACI del Hospital para efecto de seguimiento y control del Contrato.</p> <p>Por Resolución Número 12301-NEX-2045-2007, emitida por la Dirección General de Impuestos internos del Ministerio de Hacienda, el día 4 de diciembre del año 2007, El Ministerio de Salud, ha sido designado Agente de Retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, por lo que se retendrá el 1% como anticipo al pago de este Impuesto, en toda factura igual o mayor a \$100.00 que se presente a cobro. En cumplimiento a lo que dispone el artículo ciento sesenta y dos del Código Tributario, dicha retención deberá detallarse en la factura respectiva.</p>						
Justificación: MEDICAMENTOS QUE SERAN UTILIZADOS PARA LOS PACIENTES QUE SE LE REALIZARA TRANSPLANTE RENAL, CD-014/2021						
<p>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. <u>LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN. POR PARTE DEL CONTRATISTA.</u></p>						
GESTIONÓ (UACI)		AUTORIZÓ (DIRECTOR)		REGISTRÓ (UFI)		PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello