

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”. (Artículos 24 y 3 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”

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 15 de Julio de 2019 **No de Orden:** 368/2019
Solicitante: Farmacia. ✓ **Solicitud No:** 13/2019 ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. ✓ **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa **NRC:** [REDACTED]
Dirección: 8ª Avenida Sur y 10ª calle Oriente #470, San Salvador. Tel: 2281-0222.
Correo Electrónico: hhernandez@paill.com erecinosa@paill.com **Pág. 1-1**

Medicamentos desabastecidos; mientras se recibe la compra a nivel central de la Compra Conjunta y considerando que para su recepción pasara un tiempo con el medicamento descubierto se realiza una compra Urgente.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
05	120	CTO	00206010	CLINDALACINA 300 MG, CAPSULAS, CONCENTRACIÓN: CLINDALACINA 300 MG, PRESENTACIÓN: BLISTER X 10 CAPSULAS, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	\$ 28.00	\$ 3,360.00
06	5,000	C/U	00206015	CLINDALACINA 150 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, CONCENTRACIÓN: CADA ML CONTIENE: CLINDAMICINA (FOSFATO) 150 MG, PRESENTACIÓN: VIAL ÁMBAR X 6ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO	\$ 1.43	\$ 7,150.00
12	5,000	C/U	01001030	KETOROLACO PL 30 MG/ML SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACIÓN: CADA ML TIENE KETOROLACO TROMETAMINA 30 MG, PRESENTACIÓN: AMPOLLA AMBAR X 1 ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	\$ 0.19	\$ 950.00
13	1,500	C/U	01300035	NALBUFINA PL 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, CONCENTRACIÓN: CADA AMPOLLA DE 1 ML CONTIENE NALBUFINA HCI 10 MG, PRESENTACIÓN: AMPOLLA AMBAR X 1ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO	\$ 1.28	\$ 1,920.00
PASAN..						\$ 13,380.00

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Migu -acén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRE0SUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	---

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL		
FECHA DE ENTREGA:	5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR O.C.	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO ✓

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales.
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓ Jefe de Farmacia. PBX: 2792-3213, 2792-3214.	Elaboró: <u>Ing. Nathalia Angélica Aparicio Pineda</u> FECHA DE DISTRIBUCIÓN: <u>15 JUL. 2019</u>
--	--



MINISTERIO DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 15 de Julio de 2019 **No de Orden:** 368/2019
Solicitante: Farmacia. **Solicitud No:** 13/2019
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa **NRC:** [REDACTED]
Dirección: 8ª Avenida Sur y 10ª calle Oriente #470, San Salvador. Tel: 2281-0222.
Correo Electrónico: hhernandez@paill.com erecinos@paill.com **Pág. 1-1**

Medicamentos desabastecidos; mientras se recibe la compra a nivel central de la Compra Conjunta y considerando que para su recepción pasara un tiempo con el medicamento descubierto se realiza una compra Urgente.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
14	2,000	C/U	01300040	TRAMADOL PL 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, CONCENTRACION: 50 MG, PRESENTACION: AMPOLLA X 2 ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	VIENEN... \$ 0.27	\$ 540.00
18	60	CTO	01700015	BROMURO DE N-BUTIL HIOSCINA PL TABLETA RECUBIERTA, CONCENTRACION: BROMURO DE N-BUTIL HIOSCINA 10 MG, PRESENTACION: BLISTER CRISTAL X 10 TABLETAS, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	4 9.00	\$ 540.00
21	750	C/U	02101010	DRAMANYL 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, CONCENTRACION: DIMENHIDRINATO 50.00 MG, PRESENTACION: FRASCO VIAL AMBAR X 5 ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO.	\$ 1.08	\$ 810.00
31	1,000	C/U	02302015	OCTREOTIDE PL 0.10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE, CONCENTRACION: OCTREOTIDE (ACETATO) 0.10 MG, PRESENTACION: AMPOLLA X 1ML, MARCA: PAILL, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: 04/2020.	\$ 9.00	\$ 9,000.00
TOTAL US:						\$ 24,270.00

(TOTAL EN LETRAS) VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Migu -acén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PREOSUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
FECHA DE ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR O.C. **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO

F.
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. Jefe de Farmacia. PBX: 2792-3213, 2792-3214. **Elaboró:** Ing. Nathalia Angélica Aparicio Pineda
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 15 JUL. 2019