

## **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”**



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)

PAG: 1/2

Lugar y Fecha: San Miguel, 12 de Diciembre de 2019. ✓

No de Orden: 667/2019 ✓

Solicitante: FARMACIA ✓

Solicitud No: 023/2019

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. ✓

NIT Y / O NRC:



Clasificación: Gran Empresa

Correo electrónico: hhernandez@paill.com

Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
09	2.000	C/U	01300035	NALBUFINA CLORHIDRATO 10MG.ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V. FRASCO VIAL O AMPOLLA 1ML. PROTEGIDO DE LA LLZ.	NALBUFINA PL 10MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: CADA AMPOLLA DE 1ML. CONTIENE NALBUFINA HCl 10MG. PRESENTACIÓN: AMPOLLA AMBAR X 1ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIOS A PARTIR DE ESTA FECHA. PLAZO DE ENTREGA: 1,324 A 5 DÍAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIR OC Y 676 A 47 DÍAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIR OC.	\$ 1.28	\$ 2,560.00
16	700	CTO	02502005	CIPROFIBRATO 100MG TABLETA ORAL. EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL.	CIPROFIBRATO PL 100MG TABLETAS. CONCENTRACIÓN: CIPROFIBRATO 100.0MG. PRESENTACIÓN: BLISTER X 10 TABLETAS. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIOS A PARTIR DE ESTA FECHA. PLAZO DE ENTREGA: A 5 DÍAS HÁBILES DESPUES DE RECIBIR OC.	\$ 19.00	\$ 13,300.00
PASAN.... ✓							\$ 15,860.00 ✓

TOTAL US:

(TOTAL EN LETRAS):

**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 Miguel. ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén. 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
- \*PRESUPUESTO
- \*SOLICITANTE
- \*ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA:

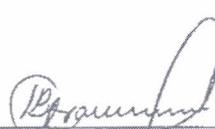
HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA:

VER RENGLON EN DESCRIPCIÓN

FORMA DE PAGO:

CRÉDITO 60 DÍAS

E.   
Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco  
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:  
Licda. Claudia Maricela Ulloa de Cazares.  
Jefe Farmacia  
PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:  
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

23 DIC. 2019

FECHA DE DISTRIBUCIÓN:

Lugar y Fecha: San Miguel, 12 de Diciembre de 2019.

No de Orden: 667/2019

Solicitante: FARMACIA

Solicitud No: 023/2019

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V.

NIT Y / O NRC:



Clasificación: Gran Empresa

Correo electrónico: hernandez@paill.com

Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

COMPRA DE MEDICAMENTO.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
22	120	CU	03100060	DICLOFENAC SODICO 0.1% SOLUCIÓN OFT. FRASCO GOTERO (5-10)ML, PROTEGIDO DE LA LUZ.	IRISFENAC 1MG.ML SOLUCIÓN OFTALMICA. CONCENTRACIÓN: DICLOFENAC SODICO 0.1%. PRESENTACIÓN: FRASCO GOTERO X 10ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO SOLICITADO: NO MENOR A 18 MESES. VENCIMIENTO OFERTADO: 01/20. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DIAS CALENDARIOS A PARTIR A ESTA FECHA.	\$ 4.50	\$ 540.00
23	120	CU	03100120	TOBRAMICINA 0.30% SOLUCIÓN OFT. FRASCO GOTERO (5-10)ML.	IRIS TOBRA SOLUCIÓN OFTALMICA ESTERIL. CONCENTRACIÓN: 3MG. PRESENTACIÓN: FRASCO X 5ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO SOLICITADO: NO MENOR A 18 MESES. VENCIMIENTO OFERTADO: 02/21. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DIAS CALENDARIOS A PARTIR A ESTA FECHA.	\$ 4.98	\$ 597.60

TOTAL US: \$ 16,997.60

(TOTAL EN LETRAS): Dieciséis mil novecientos noventa y siete 60/100 Dolares de los Estados Unidos de America

**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 Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, 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
- \*PRESUPUESTO
- \*SOLICITANTE
- \*ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA:

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA:

REGLON 22 Y 23: 05 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.

FORMA DE PAGO:

CRÉDITO 60 DÍAS

E.   
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:  
Licda. Claudia Maricela Ulloa de Cazares.  
Jefe Farmacia  
PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:  
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

23 DIC. 2019

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: