



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)

Lugar y Fecha: San Miguel, 19 de Febrero de 2020
 Solicitante: FARMACIA
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V.
 Clasificación: MEDIANA EMPRESA
 Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa, Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 - 8620.
 No de Orden: 062/2020
 Solicitud No: 003/2020
 NIT Y / O NRC:
 Correo electrónico:

COMPRA DE MEDICAMENTO PARA COBERTURA DE UN MES.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
02	2,800	C/U	00204005	IMIPENEM + CILASTATINA (SÓDICA) (500+500)MG POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL.	IMIPENEM + CILASTATINA (SÓDICA) (500+500)M POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL. MARCA: SAIMED. VENCE: 08/2021. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 4.00	\$ 11,200.00
12	1,200	C/U	02105017	OMEPRAZOL (SODICO) 40MG POLVO P/SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL.	OMEPRAZOL (SÓDICA) 40MG POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE IV FRASCO VIAL. MARCA: SAIMED. VENCE: 08/2022. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 4.00	\$ 4,800.00

TOTAL US: \$ 16,000.00

(TOTAL EN LETRAS): Dieciséis mil 00/100 dólares 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 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: 5 DÍAS CALENDARIOS FORMA DE PAGO: CRÉDITO A 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.
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 20 FEB. 2020