



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, 10 de Marzo de 2020. No de Orden: 088/2020  
Solicitante: FARMACIA Solicitud No: 03/2020 (2a VEZ)  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: MONTREAL, S.A. DE C.V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: Mediana Empresa Correo electrónico: drogueria.integral.com  
Dirección: Urb. San Francisco, Calle Los Abetos No. 27-A. San Salvador. Tel. 2224 – 2424.

COMPRA DE MEDICAMENTO.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	20	CTO	00704020	NIMODIPINA 30MG TABLETA ORAL. EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL, PROTEGIDO DE LA LUZ.	NIMODIPINA MK 30MG TABLETAS, CAJA POR 20 TABLETAS. ORIGEN: COLOMBIA. MARCA: MK. VENCIMIENTO: NO MENOR A 15 MESES. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 19.00	\$ 380.00
06	8	CTO	00800005	ACETAZOLAMIDA 250MG TABLETA ORAL. EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO.	OFTIZOLAMIDA 250MG TABLETA. CAJA POR 20 TABLETAS. ORIGEN: GUATEMALA. MARCA: OFTISOL. VENCIMIENTO: 07/2023. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 26.40	\$ 211.20
07	220	CTO	00905005	ACIDO ACETILSALICILICO (80-100)MG TABLETA ORAL. EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL.	CARDIOASATEG 100MG TG TABLETA, CAJA POR 100 TABLETAS. ORIGEN: EL SALVADOR. MARCA: TG. VENCIMIENTO: NO MENOR A 15 MESES. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 3.06	\$ 673.20
17	40	CU	03100040	CLORAFENICOL 1% UNGÜENTO OFT. TUBO (3-5)G.	CLOFEN UNGÜENTO OFTALMICA 1%X5GR. ORIGEN: GUATEMALA. MARCA: OFTISOL. VENCIMIENTO: 10/2022. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 2.36	\$ 94.40
<b>TOTAL US\$</b>							<b>\$ 1350.00</b>

(TOTAL EN LETRAS): Un mil trescientos cincuenta y ocho 80/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<b>OBSERVACION</b> 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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *DEF *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
FECHA DE ENTREGA: 10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. FORMA DE PAGO: **CRÉDITO 60 DIAS**

E.   
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
DIRECTORA HOSPITAL

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

Elaboró:  
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: **MAR. 2020**