

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)

Lugar y Fecha: San Miguel, 02 de Diciembre de 2020 ✓
Solicitante: FARMACIA ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: VACUNA, S.A. DE C.V. ✓
Clasificación: MEDIANA EMPRESA
Dirección: 89ª Av. Norte No. 525, Col. Escalón. Tel. 2505 – 3500.

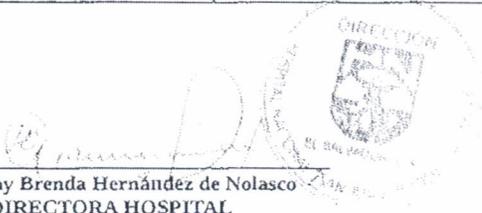
No de Orden: 523/2020 ✓
Solicitud No: 015/2020 ✓
NIT Y / O NRC: 
Correo electrónico: Licitaciones@vacuna.com.sv
licitaciones.vacuna@gmail.com

COMPRA DE MEDICAMENTOS NO ADJUDICADOS EN LA COMPRA CONJUNTA Y CON EXISTENCIA MENOR A 3 MESES. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
16	120	C/U	01901004	CAFÉINA CITRATO 20MG/ML (EQUIVALENTE A 10MG/ML DE CAFÉINA BASE). SOLUCIÓN INYECTABLE O SOLUCIÓN INYECTABLE/ORAL, LIBRE DE PRESERVANTES. AMPOLLA DE 3ML.	PEYONA SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN Y SOLUCIÓN ORAL CITRATO DE CAFÉINA; 20MG/ML (EQUIVALENTE A 10MG/ML DE CAFÉINA BASE). PRESENTACIÓN: CAJA POR 10 AMPOLLAS DE 1ML. NOMBRE FABRICANTE: ALFASIGMA, S.P.A., ITALIA. MARCA: CHIESI. PAÍS DE ORIGEN: ITALIA. NUMERO DE REGISTRO DNM: F035505062020. VENCIMIENTO: 02/22. NOTA: OFERTA ALTERNATIVA DE CODIGO, NUESTRO PRODUCTO ES DE 1ML. VALIDEZ DE LA OFERTA: 45 DÍAS CALENDARIO.	\$ 84.60	\$ 10,152.00

TOTAL US: \$ 10,152.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS): Diez mil ciento cincuenta y dos 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:		C.C. ✓ *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
	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.		
LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO GENERAL		
FECHA DE ENTREGA:	1 SOLA ENTREGA A 5 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL SIGUIENTE DÍA DE REGIBIDA OC.	FORMA DE PAGO:	CREDITO A 60 DIAS ✓
 E. <u>Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco</u> DIRECTORA HOSPITAL			
Administrador de la Orden: Licda. Claudia Maricela Ulloa de Cazares. ✓ Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251.	Elaboró: Licda. Sofía Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 08 DIC 2020		