

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, 21 de Abril de 2021

No de Orden: 177/2021

Solicitante: FARMACIA

Solicitud No: 001/2021

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 MEDICAMENTOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
06	6,000	C/U	02104015	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50MG SOLUCIÓN INYECTABLE I.M.-I.V. AMPOLLA (2-5)ML, PROTEGIDA DE LA LUZ.	RANITIDINA PL 25MG/ML. SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: 25MG/ML. PRESENTACION: AMPOLLA X 2ML. VENCIMIENTO OFERTADO: 03/24. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 0.28	\$ 1,680.00
08	300	C/U	02201010	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 25MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.M.-I.V. AMPOLLA 2ML. PROTEGIDA DE LA LUZ.	CLORPROMAZINA HCl PL 25MG/ML. SOLUCIÓN INYECTABLE. CONCENTRACIÓN: 25MG/ML. PRESENTACION: AMPOLLA X 2ML. VENCIMIENTO OFERTADO: 09/23. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 3.18	\$ 954.00

TOTAL US: / 2,634.00


(TOTAL EN LETRAS): Dos mil seiscientos treinta y cuatro 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.


OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
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.-	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.	

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: UNA SOLA ENTREGA 09 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA OC. FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS

E. 
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:
Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado.
Jefe Farmacia
PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:
Licda. Sofía Carolina Mendoza M.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 29 ABR 2021