

## **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, 14 de Julio de 2021. No de Orden: 362/2021  
Solicitante: FARMACIA Solicitud No: 002/2021 (2ª VEZ)  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: FARMACEUTICOS EQUIVALENTES, S.A. DE C.V. (FARMACIAS ECONOMICAS) NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: GRAN EMPRESA Correo electrónico: amona@farmagenericos.com  
Dirección: 67 Av. Sur #144, Col. Escalón, San Salvador, Tel. 2528 - 3900.

COMPRA DE MEDICAMENTOS



R	CANTIDAD	UM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	140	CTQ	01002010	SULFASALAZINA 500MG TABLETA CON RECUBIERTA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO.	AZULPIDINE 500MG PFIZER. MARCA Y PAIS DE ORIGEN: PFIZER, SUECIA. VENCIMIENTO: SEP-25. VALDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS CALENDARIO. CAM X 100 TABLETS.	\$ 17.50	\$ 2,450.00

TOTAL US: \$ 2,450.00

(TOTAL EN LETRAS): Dos mil cuatrocientos cincuenta 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<b>Observación</b> Si el servicio o suministro es mayor a \$ 100,000 (por lotes) debe aplicarse y reflejarse en factura el 1% de retención.	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> TRANSMITA POR LA COMPRA LOS BIENES Presentar en la Unidad Ejecutora (UE), para trámite de Compra, Factura con sello firmada en duplicado (uno a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel), tal y como se lo han instruido y verbas de aceptación de conformidad en nombre y apellido por parte de la Gerencia, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de compras o Gerente de Compra. En caso de no aceptar esta fecha, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	S.C. <input checked="" type="checkbox"/> ACUMEN <input checked="" type="checkbox"/> UFI <input checked="" type="checkbox"/> UACI <input checked="" type="checkbox"/> PRESUPUESTO <input checked="" type="checkbox"/> SOLICITANTE <input checked="" type="checkbox"/> CPA, DE 02
--	--	---

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO GENERAL
LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL
FECHA DE ENTREGA:	07 DIAS HABILDES POSTERIORES A RECIBIR OC. FORMA DE PAGO: CREDITO A 60 DIAS

  
 E.   
 Dña. Jenny Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz. Jefe Farmacia PBX: 2865-6100. Ex. 1251.	Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 21 JUL 2021
---	--