

## **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 MIGUEL

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, 11 de Agosto de 2021. / No de Orden: 411/2021 /  
Solicitante: FARMACIA. / Solicitud No: 06/2021 /  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DROGUERÍA SAIMED, S.A. DE C.V. / NIT Y / O NRC: [REDACTED] /  
Clasificación: MEDIANA EMPRESA / Correo electrónico: [REDACTED] /  
Dirección: Calle Circunvalación # 105 BIS, Plan de La Laguna, Contiguo a Harisa. Antiguo Cuscatlán. Tel. 2243 - 8620.

COMPRA DE MEDICAMENTOS.


R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENERICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	2,500	C/U	00903005	HEPARINA (SODICA) 5,000 U.I./ML. SOLUCIÓN INYECTABLE I.V.-S.C. FRASCO VIAL 5ML.	HEPARINA (SODICA) 5,000 U.I./ML. SOLUCIÓN I.V.-S.C. FRASCO VIAL 5ML. MARCA: SAIMED. ORIGEN: INDIA. VENCE: MAS DE 18 MESES. VIGENCIA DE LA OFERTA: 45 DÍAS.	\$ 4.00	\$ 10,000.00

TOTAL US: \$ 10,000.00

(TOTAL EN LETRAS): Diez 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 trámite de Queda, 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/a 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		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO GENERAL		
FECHA DE ENTREGA:	5 días hábiles.	FORMA DE PAGO:	CREDITO 60 DIAS

E.   
Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:  
Licda. Silvia Melany Ortiz,  
Jefe Farmacia  
P.B.X: 2665-6100. Ext. 1251.

Elaboró:  
Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 16 AGO 2021