



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, 03 de Febrero de 2022. No de Orden: 060/2022  
Solicitante: FARMACIA Solicitad No: 013/2021  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: C. IMBERTON, S.A. DE C.V. NITY / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: GRANDE CONTRIBUYENTE Correo electrónico: durruita@cimberon.com simartinez@cimberon.com  
Dirección: Km. 11, Carretera al Puerto La Libertad, Ambiguo Cuscatlan, Tel. 2228 - 5666.

COMPRA DE MEDICAMENTOS DESIERTOS DE LA CONTRATACION DIRECTA N° 04/2021

R.	CANTIDAD	U/M.	CODIGO MINSAL	CODIGO ONU	DESCRIPCION GENERAL	DESCRIPCION COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
17	75	C/U	02900005	51131909	ALBUMINA HUMANA (20 - 25)% LIQUIDO PARENTERAL I.V. FRASCO VIALE 50 ML.	SERALBUMIN 20, ALBUMINA (HUMANA) 20% USE SOLUCION INYECTABLE. PRESENTACION: VIALE 50ML. MARCA: SERALBUMIN 20. PAIS DE ORIGEN PRODUCTO: USA. LAB. FABRICANTE: GRIFOLS THERAPEUTICS, INC. N° DE REGISTRO: 23,274. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: 04 FEBRERO 2023 (SIN COMPROMISO DE CAMBIO). VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS CALENDARIO.	\$ 32.00	\$ 2,400.00

TOTAL US: \$ 2,400.00

(TOTAL EN LETRAS): Dos mil cuatrocientos 00/100 Dolares de los Estados Unidos de America.

<b>Observación</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> <b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> Colocar en la Factura No. de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y Sello, de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.  Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Queda, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, 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.	C.C. *ALMACEN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
	<b>NOTA: VER ARCHIVO ADJUNTO PARA TRAMITE PARA FACTURACION Y PAGO DE ORDEN DE COMPRA.</b>	

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b> HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS-SAN MIGUEL	
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b> FONDO POPROMID	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b> 7 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR OC.	<b>FORMA DE PAGO:</b> CREDITO 60 DIAS CALENDARIO

Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz, Jefe Farmacia Tel. 2792-3213.	Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M.  FECHA DE DISTRIBUCION: 7 4 FEB 2022
---	--