



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL  
NACIONAL  
SAN MIGUEL



## 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 30 de la LAIP y artículo 6 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”**



**Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**

**Director Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel**



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS (UCP)

PAG. 1-2

Lugar y Fecha: San Miguel, 13 de septiembre de 2023. No de Orden: 440/2023

Solicitante: FARMACIA Solicitud No: 06/2023

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: PRODINA, S.A. DE C.V. NIT: [REDACTED] NRC: [REDACTED]

Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico: [Ventastrodatsanmiguel@prodina.co.m.sv](mailto:Ventastrodatsanmiguel@prodina.co.m.sv)

Dirección: CENTRO COMERCIAL GALERÍAS JARDÍN LOCAL 10 SEGUNDO NIVEL. TELÉFONO: 2660-7305.

COMPRA DE SELLOS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA LA FARMACIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CODIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD/ MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	01	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: ANULADO)	092399443698- 4912 PRINTY 4.0 AZUL- ALMOH AZUL- ANULADO. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 17.94	\$ 17.94
02	12	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: DESPACHADO)	092399535164- 4910 PRINTY 4.0 NEGRO- ALMOH AZUL- DESPACHADO. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 12.0117	\$ 144.14
03	03	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (PARA RECIBIR DOCUMENTACIÓN, VER ANEXO)	092399059448- 4927 PRINTY NUEVO GRIS ALMOHAD AZUL- RECIBIDO. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 25.22	\$ 75.66
04	03	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: FARMACIA VER MODELO ANEXO)	092399803584- 4630 TRODAT 4.0 GRIS ALMOHADILLA AZUL. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 16.8267	\$ 50.48
							PASAN...	\$ 288.22

TOTAL UGS:

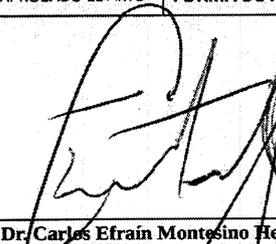
(TOTAL EN LETRAS):

<b>OBSERVACION</b>	<p><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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 Quedan, 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.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
--------------------	---	--

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

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDOS PROPIOS
---------------------------	----------------

FECHA DE ENTREGA:	4 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE APROBADO EL ARTE	FORMA DE PAGO:	CONTADO
-------------------	--	----------------	---------

  
 E. Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera  
 DIRECTOR HOSPITAL

<p>Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado Jefe de Farmacia Teléfono: 2792-3213</p>	<p>Elaboró: Licda. Alicia Marina Rivas López</p> <p>FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 19 SEP 2023</p>
--	--



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL  
NACIONAL  
SAN MIGUEL

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE COMPRAS PUBLICAS (UCP)

PAG. 2-2

Lugar y Fecha: San Miguel, 13 de septiembre de 2023.  
Solicitante: FARMACIA  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: PRODINA, S.A. DE C.V.  
Clasificación: MEDIANA EMPRESA  
Dirección: CENTRO COMERCIAL GALERÍAS JARDÍN LOCAL 10 SEGUNDO NIVEL.  
TELÉFONO: 2660-7305.

No de Orden: 440/2023  
Solicitud No: 06/2023  
NIT: [REDACTED]  
NRC: [REDACTED]  
Correo electrónico: [Ventastrodatsanmiguel@prodina.co.m.sv](mailto:Ventastrodatsanmiguel@prodina.co.m.sv)

COMPRA DE SELLOS DE DIFERENTES TAMAÑOS PARA LA FARMACIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CODIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD/ MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
05	01	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: FARMACIA EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN, VER MODELO ANEXO)	092399803553- 4630 TRODAT 4.0 AZUL ALMOHADILLA AZUL- FARMACIA EMERGENCIA. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 16.83	\$ 16.83
06	01	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: FARMACIA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, VER MODELO ANEXO)	092399803553- 4630 TRODAT 4.0 AZUL ALMOHADILLA AZUL- FARMACIA CONSULTA EXTERNA. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 16.83	\$ 16.83
07	01	C/U	80103575	44121633	SELLO AUTOMÁTICO SEGÚN DISEÑO (LEYENDA: FARMACIA BODEGA, ANEXO)	092399803553- 4630 TRODAT 4.0 AZUL ALMOHADILLA AZUL- FARMACIA BODEGA. GARANTIA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DIAS HABILES.	\$ 16.83	\$ 16.83
<b>TOTAL UOS:</b>								\$ 388.71

(TOTAL EN LETRAS): TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO 71/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<p><b>♦ OBSERVACION ♦</b></p> <p>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.-</p>	<p><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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 Quedan, 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.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUEST O *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
	<p><b>LUGAR DE ENTREGA:</b> HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</p>	

<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	FONDOS PROPIOS	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	4 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE APROBADO EL ARTE	<b>FORMA DE PAGO:</b> CONTADO



E. Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera  
DIRECTOR HOSPITAL

Administrador de la Orden:  
Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado  
Jefe de Farmacia  
Teléfono: 2792-3213

Elaboró: Licda. Alicia Marina Rivas López

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 19 SEP 2023