




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) Puede ser requerida por el usuario a través de la Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Salud sobre la Calle Arce N.o 827 San Salvador en horario de 8:30 am a 4:30 pm ó en el siguiente correo electrónico oir.salud.gob.sv

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional "Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez", Ciudad Barrios, San Miguel		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISIÓN NO:201
UACI del Hospital de Ciudad Barrios		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:	San Miguel 07 de Noviembre del 2017		No.Orden:131/2017	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
FARLAB, S. A. DE C. V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0201 Atención Ambulatoria--	-	-
70	Cada Uno	REGLON: 17 CODIGO: 01904010 Beclometasona Dipropionato 250 mcg/aplicación Aerosol Inhalatorio Frasco inhalador dosificador, (200 - 250) inhalaciones, libre de clorofluorocarbono (C.F.C)	\$3.90	\$273.00
0	Cada Uno	OFRECEN: BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG/ . APLICACIÓN AEROSOL I. FRASCO INHALADOR 200 INHALACIONES LIBRE DE CFC, ORIGEN CHINA, VENCIMIENTO: 2019 -12, MARCA: PHARM INTER	\$0.00	\$0.00
250	Cientos	REGLON: 21 CODIGO: 02209025 Carbamazepina 200 mg Tableta Oral Empaque primario individual	\$3.00	\$750.00
0	Cientos	OFRECEN: CARBAMACEPINA TABLETA RANURADA DE 200 MG. BLISTER X 10 TABLETAS. CAJA X 100 TABLETAS, ORIGEN CHINA, VENCIMIENTO: 2021/03., MARCA: PHARM INTER	\$0.00	\$0.00
120	Cientos	REGLON: 24 CODIGO: 02301005 Glibenclamida 5 mg Tableta Oral Empaque primario individual	\$0.90	\$108.00
0	Cientos	OFRECEN: GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA RANURADA, ORIGEN: INDIA, VENCIMIENTO: 2021-04., MARCA: PHARM INTER	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$1,131.00
SON: mil ciento treinta y un 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN HOSPITAL NACIONAL DE CIUDAD BARRIOS.				
_____ Titular o Designado		_____		
_____		_____ Suministrante		

Elaborado por:lgonzal