

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”



GOBIERNO DE EL SALVADOR

Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital Psiquiatrico

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Salvador 18 de Junio del 2021

No.Orden:225/2021

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

ACTIVA, S.A. DE C.V.

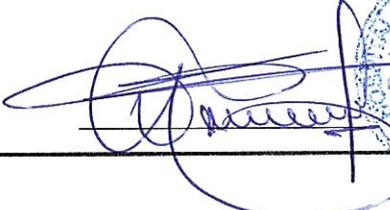
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA USO EN ESTE HOSPITAL.	-	-
2000	Cientos	R.4. COD.00706010. NOMBRE GENERICO: IRBESARTAN 150 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA ORAL, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: IRBESARTAN 150MG TABLETAS RECUBIERTAS ECOMED, PRESENTACION BLISTER X 10, CAJA X 100, MARCA ECOMED, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 24 MESES.	\$7.35	\$14,700.00
2000	Cientos	R.23. COD.02301030. NOMBRE GENERICO: METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA ORAL, EMPAQUE INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: METFORMINA 850 MG TABLETAS RECUBIERTAS, PRESENTACION BLISTER X 10, CAJA X 100, MARCA ECOMED, LAB. FABRICANTE LAB PHARMEDIC, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 24 MESES.	\$2.90	\$5,800.00
-	-	TOTAL.....	-	\$20,500.00

SON: veinte mil quinientos 00/100 dolares

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54108 F.G. ENTREGA:8 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: LIC. MAURICIO FUNES/ JEFE DE FARMACIA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

  Titular o Designado	  Suministrante
José Arriola	 ACTIVA, S.A. DE C.V.

Elaborado por: yeltize

Válido solo para uso en licitaciones
Tel.: 2251-5757

DOCUMENTO DISTRIBUIDO

23 JUN 2021

COPIA: UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:
UACI del Hospital Psiquiatrico	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
-		

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Salvador 18 de Junio del 2021	No.Orden:225/2021
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE		NIT
ACTIVA, S.A. DE C.V.		06141907740020

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--MEDICAMENTOS PARA USO EN ESTE HOSPITAL.	-	-
2000	Cientos	R.4. COD.00706010. NOMBRE GENERICO: IRBESARTAN 150 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA ORAL, EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: IRBESARTAN 150MG TABLETAS RECUBIERTAS ECOMED, PRESENTACION BLISTER X 10, CAJA X 100, MARCA ECOMED, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 24 MESES.	\$7.35	\$14,700.00
2000	Cientos	R.23. COD.02301030. NOMBRE GENERICO: METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA ORAL, EMPAQUE INDIVIDUAL. NOMBRE COMERCIAL: METFORMINA 850 MG TABLETAS RECUBIERTAS, PRESENTACION BLISTER X 10, CAJA X 100, MARCA ECOMED, LAB. FABRICANTE LAB PHARMEDIC, ORIGEN EL SALVADOR, VENCIMIENTO NO MENOR A 24 MESES.	\$2.90	\$5,800.00
-	-	TOTAL.....	-	\$20,500.00

SON: veinte mil quinientos 00/100 dolares

OBSERVACION: CRÉDITO, ESPECIFICO DE GASTO 54108 F.G. ENTREGA:8 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR O/C. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR CAUSAS IMPUTABLES AL SUMINISTRANTE PUEDEN OCASIONAR ANULACIÓN DE ESTA ORDEN E IMPOSICIÓN DE MULTA POR CADA DÍA DE RETRASO CONFORME AL ART. 85 DE LA LACAP Y SUS REFORMAS. A/C: LIC. MAURICIO FUNES/ JEFE DE FARMACIA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN DE MEDICAMENTOS

LUGAR DE NOTIFICACIONES:

_____ Titular o Designado	_____
_____	_____ Suministrante