



★ ★ ★ ★ ★
SECRETARÍA DE SALUD

Tegucigalpa, M.D.C. 25 de marzo de 2019
OFICIO No. 300-2019 ULMI

Licenciada
LESLY BARAHONA VIVAS
Directora Unidad de Transparencia
Presente

Asunto: Seguimiento a oficio No. 236-2019-ULMI
Respuesta a oficio 140-UT-2019.

Estimada Lic. Barahona

Reciban un cordial saludo de nuestra parte y éxito en sus funciones diarias.

Por medio del presente me dirijo a usted en seguimiento a los oficios No.236-2019-ULMI y No. 140-UT-2019 referente a la solicitud de información sobre el Fidecomiso, para poder remitirle los Estados Financieros correspondientes al mes de febrero 2019.

Sin otro particular

Atentamente,


DRA. MARTA PAREDES

Directora Unidad de Logística de Medicamentos e Insumos ULMI



C: Dra. Anny Mariel Donaire – Enlace de Pactos de Integridad ULMI
Archivo.

*/Anny Donaire.

OFICIO No. 095-2019-DEHPC

20 de marzo del 2019

DRA. MARTA PAREDES
DIRECTORA DE LA ULMI
SECRETARIA DE SALUD.

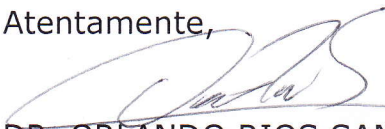
Estimada Doctora Paredes:

Por este medio le envío un cordial saludo y a la vez le deseo éxitos en sus delicadas funciones.

Mediante el presente oficio de la manera mas atenta le remito las Solicitudes de Verificación de Existencias No. HPC-02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11-2019-MQ, para autorización de Compra Directa de Material Quirúrgico que precisan en el Hospital de Puerto Cortés.

Sin otro particular, agradeciendo su fina atención, me es grato suscribirme de usted.

Atentamente,



DR. ORLANDO RIOS SANCHEZ
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL DE PUERTO CORTES.

CC: ARCH.

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora HOSPITAL PUERTO CORTESN° Solicitud HPC-03-2019-MQFecha de envío: 15 / 03 / 2019 Fecha Recepción ULM: / /

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULM		Observaciones ULM
						SI	NO	
1		CATGUT SIMPLE 3/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	576	3 MESES			
2	MQ1-HCR-41	DAFILON 2/0 AG. CORTANTE GRANDE DS 24	SOBRE	700	3 MESES			
3	MQ1-HCR-38	DAFILON 3/0 AG. CORTANTE GRANDE DS 24	SOBRE	700	3 MESES			
4	MQ1-HCR-45	DAFILON 4/0 AG. CORTANTE GRANDE DS 24	SOBRE	700	3 MESES			
5	MQ1-HCR-37	PREMICRON 0 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
6	MQ1-HCR-77	PREMICRON 2 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
7		PREMICRON 2/0 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
8		PROLENE 0 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
9	MQ1-HCR-91	PROLENE 2 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
10		PROLENE 2/0 AG. REDONDA GRANDE	UNID	720	3 MESES			
11	MQ1-HCR-74	SEDA 5/0 AG. CORTANTE GRANDE	UNID	120	3 MESES			
12	MQ1-HCR-60	SEDA-NC 1/0 AG. CORTANTE GRANDE DS-24	SOBRE	144	3 MESES			
13	MQ1-HCR-61	SEDA-NC 1/0 AG. CORTANTE GRANDE DS-30	SOBRE	144	3 MESES			
14	MQ1-HCR-64	SEDA-NC 1/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	192	3 MESES			
15	MQ1-HCR-62	SEDA-NC 1/0 AG. REDONDA PEQUEÑA HR-26	SOBRE	192	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO ES UN FOLIO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de la U.E.

Firma y Sello Director de ULM

Jefe de Logística y Suministro

Nombre del Técnico ULM

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS
UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES** N° Solicitud **HPC-04-2019-MQ**

Fecha de envío: **15 / 03 / 2019** Fecha Recepción ULMi: _____ / _____ / _____

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULMi		Observaciones ULMi
1	MO5-J-2/0	SEDA-NC 2/0 AG. CORTANTE PEQUEÑA DS-24	SOBRE	192	3 MESES	SI	NO	
2		SEDA-NC 2/0 AG. RECTA GS-60	SOBRE	192	3 MESES			
3		SEDA-NC 2/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	96	3 MESES			
4		SEDA-NC 2/0 AG. REDONDA PEQUEÑA HR-26	SOBRE	192	3 MESES			
5	MO1-HCR-66	SEDA-NC 3/0 AG. CORTANTE GRANDE DS-30	SOBRE	192	3 MESES			
6	MO1-HCR-66	SEDA-NC 3/0 AG. CORTANTE RECTA GS-60	SOBRE	192	3 MESES			
7		SEDA-NC 3/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	192	3 MESES			
8		SEDA-NC 3/0 AG. REDONDA PEQUEÑA HR-26	SOBRE	192	3 MESES			
9	MO1-HCR-68	SEDA-NC 4/0 REDONDA PEQUEÑA HR-26	SOBRE	192	3 MESES			
10		SURGICEL (5,1 CM X 35.6 CM)	SOBRE	96	3 MESES			
11		VICRIL 1/0 AGUJA REDONDA GRANDE	SOBRE	1,800	3 MESES			
12		VICRIL 2/0 AG. REDONDA GRANDE CT-1	SOBRE	840	3 MESES			
13		VICRYL 1 AGUJA REDONDA GRANDE	SOBRE	1,800	3 MESES			
14		VICRYL 3/0 AGUJA REDONDA GRANDE	SOBRE	192	3 MESES			
15	MQ 3-0078	VICRYL 3/0 AGUJA REDONDA PEQUEÑA	SOBRE	360	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de ULMi

Firma y Sello del Jefe de Logística y Suministro

Firma y Sello Director de ULMi

Nombre del Técnico ULMi

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES**N° Solicitud **HPC-05-2019-MQ**Fecha de envío: **15 / 03 / 2019**

Fecha Recepción ULM: _____

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobación ULM		Observaciones ULM
						SI	NO	
1	MQ 3-0078	DEPRESORES (BAJA LENGUA)	UNID	3,000	3 MESES			
2	MOG-UE6-00	GUANTES ESTERIL # 6	PAR	4,800	3 MESES			
3	MOG-UE6-01	GUANTES ESTERIL # 6.5	PAR	4,400	3 MESES			
4	MOG-UE7-00	GUANTES ESTERIL # 7	PAR	5,000	3 MESES			
5	MOG-UE7-01	GUANTES ESTERIL # 7.5	PAR	5,000	3 MESES			
6	MOG-UE8-00	GUANTES ESTERIL # 8	PAR	5,000	3 MESES			
7	MOG-UE8-01	GUANTES ESTERIL # 8.5	PAR	3,000	3 MESES			
8		HUMIFICADORES	UNID	120	3 MESES			
9	MQA-024-00	AGUJA HIPODERMICA # 24X1"	UNID	3,600	3 MESES			
10	MQA-020-02	AGUJA RAQUIDEA O LUMBAR #25 CORTANTE	UNID	220	3 MESES			
11	MQA-029-02	AGUJA RAQUIDEA O LUMBAR #26 CORTANTE	UNID	350	3 MESES			
12	MQ-ALG	ALGODON	ROLLO	250	3 MESES			
13	MQ0-BOL-03	BOLSA DE COLOSTOMIA	UNID	600	3 MESES			
14	MQ 500-323	BOTAS DESCARTABLES	UNID	1,500	3 MESES			
15		BOTE PARA DESECHOS DE AGUJA	UNID	48	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO PASA POR UN PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de ULM

Firma y Sello Director de ULM

Jefe de Logística y Suministro

Nombre del Técnico ULM

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES**

N° Solicitud **HPC-06-2019-MQ**

Fecha de envío: **15 / 03 / 2019** Fecha Recepción ULM: _____ / _____ / _____

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULM		Observaciones ULM
1	MQ0-BRA-M0	BRAZALETE DE IDENTIFICACION AZUL	UNID	180	3 MESES	SI	NO	
2	MQ0-BRA-F0	BRAZALETE DE IDENTIFICACION ROSADO	UNID	180	3 MESES			
3	MQC-A18-00	CATHETER IV # 18G X 1 1/4	UNID	7,700	3 MESES			
4	MQC-A20-00	CATHETER IV # 20G X 1 1/4	UNID	7,480	3 MESES			
5	MQC-A22-00	CATHETER IV # 22G X 1	UNID	7,480	3 MESES			
6	MQC-A24-00	CATHETER IV # 24G X 3/4	UNID	7,700	3 MESES			
7	MQ-395-034	ELECTRODOS	UNID	4,000	3 MESES			
8	MQ 3-0082	ESPARADRAPO HOSPITALARIO	TUBO	100	3 MESES			
9	MQ 3-0001	ESPECULOS L	UNID	60	3 MESES			
10	MQ 3-3735	ESPECULOS M	UNID	80	3 MESES			
11	MQ 3-0083	ESPECULOS S	UNID	120	3 MESES			
12	MQG-ODE-00	GORROS DESCARTABLES PARA MUJER	UNID	800	3 MESES			
13	MQG-UDL-00	GUANTES MANITAS L	PAR	6,000	3 MESES			
14	MQG-UDM-00	GUANTES MANITAS M	PAR	6,000	3 MESES			
15	MQG-UDS-00	GUANTES MANITAS S	PAR	5,000	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO DEBE PASAR PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

[Firma]
Firma y Sello del Director de la Unidad Ejecutora

Firma y Sello Director de ULM

Nombre del Técnico ULM

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS
UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES**

N° Solicitud **HPC-07-2019-MQ**

Fecha de envío: **15 / 03 / 2019**

Fecha Recepción ULM: **_____ / _____ / _____**

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULM		Observaciones ULM
1		HEMOVAC	UNID	30	3 MESES	SI	NO	
2	MQ-395-009	HULES DE SUCCION	UNID	6,000	3 MESES			
3	MQ-K-002	JERINGA HIPODERMICA 1 CC x 29G x 1/2	UNID	18,000	3 MESES			
4	MQJ-4H1-00	JERINGA HIPODERMICA 10 CC x 21 x 1 1/2	UNID	12,000	3 MESES			
5	MQJ-5H1-00	JERINGA HIPODERMICA 20 CC x 21 x 1 1/2	UNID	15,000	3 MESES			
6	MQJ-K-008	JERINGA HIPODERMICA 3 CC x 21 x 1 1/2	UNID	16,000	3 MESES			
7	MQJ-3H1-00	JERINGA HIPODERMICA 5 CC x 21 x 1 1/2	UNID	400	3 MESES			
8	MQM-022-00	MARIPOSA # 22	UNID	1,500	3 MESES			
9	MQM-023-00	MARIPOSA # 23	UNID	200	3 MESES			
10	MQM-025-00	MARIPOSA # 25	UNID	100	3 MESES			
11	MQM-3-0115	MASCARILLA O SET PARA NEBULIZAR ADULTO	UNID	100	3 MESES			
12	MQM-3-0210	MASCARILLA O SET PARA NEBULIZAR NIÑO	UNID	1,680	3 MESES			
13	MQI-ACP-14	MICROGOTERO 100 ML	UNID	200	3 MESES			
14	MQ-3-0076	PALILLOS APLICADORES CON ALGODON	UNID	12,000	3 MESES			
15	MQ-3-0077	PALILLOS APLICADORES SIN ALGODON	UNID		3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO ES UN PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de ULM



Firma y Sello Director de ULM

Nombre del Técnico ULM

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS
UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES**

N° Solicitud **HPC-08-2019-MQ**

Fecha de envío: **15 / 03 / 2019**

Fecha Recepción ULM: **_____ / _____ / _____**

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULM		Observaciones ULM
1	MQ-Q-0491	PERILLA DE SUCCION ADULTO	UNID	50	3 MESES	SI	NO	
2	MQ-Q-0490	PERILLA DE SUCCION PEDIATRICA	UNID	50	3 MESES			
3		SET DE LARAPATOMIA O EQUIPO QUIRURGICO	SET	45	3 MESES			
4	MQM-3-5455	SET PARA OXIGENO ADULTO (BIGOTERA)	UNID	50	3 MESES			
5	MQM-3-5460	SET PARA OXIGENO NIÑO (BIGOTERA)	UNID	100	3 MESES			
6	MQS-N08-00	SONDA DE ALIMENTACION # 8	UNID	40	3 MESES			
7	MQS-N10-00	SONDA DE ALIMENTACION # 10	UNID	40	3 MESES			
8	MQS-N12-00	SONDA DE ALIMENTACION # 12	UNID	40	3 MESES			
9	MQS-N16-00	SONDA DE ALIMENTACION # 16	UNID	20	3 MESES			
10	MQS-N18-00	SONDA DE ALIMENTACION # 18	UNID	20	3 MESES			
11		SONDA DE ALIMENTACION # 6	UNID	40	3 MESES			
12	MQS-S12-00	SONDA DE SUCCION # 12	UNID	80	3 MESES			
13	MQS-S14-00	SONDA DE SUCCION # 14	UNID	20	3 MESES			
14	MQS-S16-00	SONDA DE SUCCION # 18	UNID	15	3 MESES			
15	MQS-S18-00	SONDA DE SUCCION # 8	UNID	400	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO DEBE SER UN PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de la U.E.

Firma y Sello Director de ULM

Jefe de Logística y Suministro

Nombre del Técnico ULM



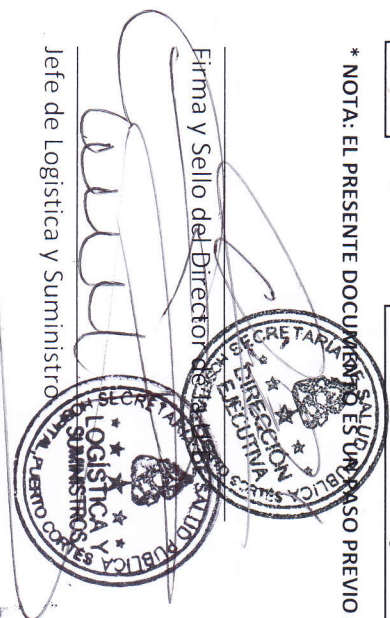
SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS
UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS
 Unidad Ejecutora HOSPITAL PUERTO CORTES N° Solicitud HPC-09-2019-MQ

Fecha de envío: 15 / 03 / 2019 Fecha Recepción ULMi: _____ / _____ / _____

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULMi		Observaciones ULMi
1		SONDA DE SUCCION #4	UNID	35	3 MESES	SI	NO	
2	MQS-F16-02	SONDA FOLEY # 16 DE 2 VIAS	UNID	250	3 MESES			
3	MQS-F18-02	SONDA FOLEY # 18 DE 2 VIAS	UNID	200	3 MESES			
4	MQS-F20-02	SONDA FOLEY # 20 DE 2 VIAS	UNID	300	3 MESES			
5	MQS-F22-03	SONDA FOLEY # 22 DE 2 VIAS	UNID	40	3 MESES			
6	MQS-F24-02	SONDA FOLEY # 24 DE 2 VIAS	UNID	40	3 MESES			
7	MQ 3-0108	TERMOMETRO ORAL	UNID	288	3 MESES			
8		TUBO EN T #12 KEHR	UNID	20	3 MESES			
9		TUBO EN T #14 KEHR	UNID	20	3 MESES			
10		TUBO EN T #16 KEHR	UNID	20	3 MESES			
11		TUBO EN T #18 KEHR	UNID	20	3 MESES			
12		TUBO EN T #20 KEHR	UNID	20	3 MESES			
13	MQE-000-28	TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.0 CON BALON	UNID	20	3 MESES			
14	MQE-000-27	TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 CON BALON	UNID	20	3 MESES			
15	MQE-000-26	TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 CON BALON	UNID	30	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO ES UN PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de Logística y Suministros



Firma y Sello Director de ULMi

Nombre del Técnico ULMi

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora HOSPITAL PUERTO CORTESN° Solicitud HPC-10-2019-MQFecha de envío: 15 / 03 / 2019 Fecha Recepción ULMi: / /

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3 meses)	Aprobacion ULMi		Observaciones ULMi
						SI	NO	
1	MQE-000-25	TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 CON BALON	UNID		3 MESES			
2	MQE-000-24	TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 CON BALON	UNID		3 MESES			
3	MQE-000-23	TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 CON BALON	UNID		3 MESES			
4	MQE-000-22	TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 CON BALON	UNID		3 MESES			
5	MQE-000-21	TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5 CON BALON	UNID		3 MESES			
6	MQE-000-20	TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 CON BALON	UNID		3 MESES			
7	MQE-000-19	TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 CON BALON	UNID		3 MESES			
8	MQE-000-05	TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 CON BALON	UNID		3 MESES			
9	MQE-000-06	TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 CON BALON	UNID		3 MESES			
10	MQE-000-07	TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 CON BALON	UNID		3 MESES			
11		TUBO TORACOSTOMIA # 26 FR	UNID		3 MESES			
12	MQC-T28-00	TUBO TORACOSTOMIA # 28 FR	UNID		3 MESES			
13		TUBO TORACOSTOMIA # 30 FR	UNID		3 MESES			
14	MQC-T32-00	TUBO TORACOSTOMIA # 32 FR	UNID		3 MESES			
15	MIO-HC-50	VASO PARA BACILOSCOPIA	UNID		3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO ES UN PASO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de ULMi

Firma y Sello Director de ULMi

Jefe de Logística y Suministros

Nombre del Técnico ULMi

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora **HOSPITAL PUERTO CORTES**N° Solicitud **HPC-11-2019-MQ**Fecha de envío: **15 / 03 / 2019**

Fecha Recepción ULMi: _____ / _____ / _____

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3)	Aprobacion ULMi		Observaciones ULMi
						SI	NO	
1	MQV-EN-00	VENOCLISIS	UNID	7,500	3 MESES			
2		BOLSA COLECTORA DE SANGRE DOBLE	UNID	3,000	3 MESES			
3	MQ-395-017	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA ADULTO	UNID	3,400	3 MESES			
4	MQ-395-018	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA PEDIATRICA	UNID	3,600	3 MESES			
5		PAPEL FILTRO PARA COLORANTES	CAJA	36	3 MESES			
6		LIBRETA DE PAPEL LENTE	UNID	36	3 MESES			
7		CUBRE OBJETOS 22X22	UNID	3,600	3 MESES			
8	MI0-HC-57	TUBO DE BOROSILICATO 12X75MM (PAQ. 250 UNDS)	PAQ.	200	3 MESES			
9	MQ1-HC-135	TUBO PLASTICO TAPON MORADO 13X75MM (100 UNDS)	PAQ.	72	3 MESES			
10	MQ1-HC-137	TUBO PLASTICO TAPON AZUL DE CITRATO DE SODIO AL 3.2% 13X75MM (100 UNDS)	PAQ.	10	3 MESES			
11					3 MESES			
12					3 MESES			
13					3 MESES			
14					3 MESES			
15					3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO DEBE PASAR POR UN PROCESO PREVIO A UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de ULMI

Firma y Sello Director de ULMi

Jefe de Logística y Suministros

Nombre del Técnico ULMi

SOLICITUD DE VERIFICACION DE EXISTENCIAS DE MEDICAMENTOS

UNIDAD LOGISTICA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Unidad Ejecutora HOSPITAL PUERTO CORTESN° Solicitud HPC-02-2019-MQFecha de envío: 15 / 03 / 2019 Fecha Recepción ULMi: / /

N°	Código ATC	Nombre Genérico del Medicamento (Según LNME)	U.P.	Cantidad a Comprar	Tiempo de Cobertura (Max 3 meses)	Aprobación ULMi		Observaciones ULMi
						SI	NO	
1	MQB-110-00	BISTURI #10	UNID	1,600	3 MESES			
2	MQB-111-00	BISTURI #11	UNID	400	3 MESES			
3	MQB-112-00	BISTURI #12	UNID	400	3 MESES			
4	MQB-115-00	BISTURI #15	UNID	400	3 MESES			
5	MQB-118-00	BISTURI #18	UNID	400	3 MESES			
6	MQB-120-00	BISTURI #20	UNID	400	3 MESES			
7	MQB-122-00	BISTURI #22	UNID	400	3 MESES			
8		LEGRAS	KIT	40	3 MESES			
9	MQC-037-00	CATGUT CROMICO 0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	1,120	3 MESES			
10	MQC-137-00	CATGUT CROMICO 1 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	540	3 MESES			
11	MQ-CAT-01	CATGUT CROMICO 1/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	720	3 MESES			
12	MQC-237-00	CATGUT CROMICO 2/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	720	3 MESES			
13	MQC-C37-01	CATGUT CROMICO 3/0 AG. CORTANTE GRANDE DS-30	SOBRE	240	3 MESES			
14		CATGUT SIMPLE 0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	576	3 MESES			
15		CATGUT SIMPLE 2/0 AG. REDONDA GRANDE HR-37	SOBRE	576	3 MESES			

* NOTA: EL PRESENTE DOCUMENTO DEBE SER UNIFORMADO POR UNA AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA.

Firma y Sello del Director de la ULMi

Firma y Sello Director de ULMi

Jefe de Logística y Suministro

Nombre del Técnico ULMi



Banco de Occidente, S.A.

APOYANDO AL PEQUEÑO DE HOY, HACEMOS EL GRANDE DEL MAÑANA.

Tegucigalpa, M.D.C., 25 de marzo de 2019

Doctora
Martha Paredes
Directora de la Unidad de Logística de
Medicamentos e Insumos de la SESAL

**Asunto: Remisión Estados Financieros Febrero 2019
Fideicomiso de la SESAL / Compra de Medicamentos**

Estimada Doctora Paredes:

Reciba un cordial y atento saludo. En atención a Oficio No. 2133-2018-ULMI, por medio del presente adjunto enviamos los Estados Financieros del Fideicomiso de la Secretaría de Salud para la Compra de Medicamentos y Otros de Febrero 2019; ello en atención a la Información Financiera que la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud les está solicitando.

Atentamente,


LIC. JUANITA BRIZZO DE HERNÁNDEZ
JEFE REGIONAL FIDEICOMISOS



Copia: Lic. Alba Consuelo Flores, Secretaria de Estado de la SESAL
Archivo. –



Banco de Occidente, S.A.

APOYANDO AL PEQUEÑO DE HOY, HACEMOS EL GRANDE DEL MAÑANA.

ANEXOS ESTADOS FINANCIEROS

REPORTE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS EN EL FIDEICOMISO AL 28 DE FEBRERO DE 2019

Mes	Valor Transferido	
Noviembre 2018	L	150,000,000.00
Diciembre 2018	L	200,000,000.00
Enero 2019	L	175,000,000.00
Febrero 2019	L	175,000,000.00



Notas: En los meses de Julio a Octubre 2018, No se recibieron transferencias de la Secretaría de Finanzas.