

**Nota No. 2020-0149-GG-FAHM**

Tegucigalpa, M.D.C., 18 de septiembre de 2020

Licenciada

**Lesly Barahona Vivas**

Jefe de la Unidad de Transparencia

Estimada Licenciada Barahona:

En atención a su **OFICIO N° 241-UT-2020** del 20 de abril, reiteramos que actualmente la **Fundación Amigos Del Hospital María** *no ha recibido fondos adicionales para la atención de la Emergencia Nacional COVID-19*, y ha utilizado los recursos asignados para la gestión 2020. Estos fondos deberán ser reembolsados para garantizar la continuidad de las atenciones a los pacientes en las 11 sub-especialidades pediátricas que atendemos en el **Hospital María, Especialidades Pediátricas**.

Adjunto encontrará la información solicitada, detallada así:

- |    |                                  |  |
|----|----------------------------------|--|
| 1. | Contratación de personal         | No aplica- último cierre enviado       |
| 2. | Licitaciones públicas y privadas | No aplica- no se realizaron            |
| 3. | Compras                          | Se incluyen del 10 al 16 de septiembre |
| 4. | Contrataciones de servicios      | No aplica- no se realizaron            |
| 5. | Presupuesto asignado             | No aplica- último cierre enviado       |
| 6. | Donaciones recibidas             | Se incluyen del 10 al 16 de septiembre |

En el siguiente link podrán descargar los documentos soporte:

[https://hospitalmaria-my.sharepoint.com/:f/g/person/jflefihospitalmaria.org/EjwiQ\\_8D9NpJphkY4cYS9RUBV/Dh4wWzFQuLqf9fo8izMWg](https://hospitalmaria-my.sharepoint.com/:f/g/person/jflefihospitalmaria.org/EjwiQ_8D9NpJphkY4cYS9RUBV/Dh4wWzFQuLqf9fo8izMWg)

Quedamos a su disposición por cualquier consulta o comentario adicional.

Muy atentamente,

**Jacqueline Flefil de Fortin**

Gerente General

Fundación Amigos del Hospital María

cc: Dr. Rolando Pinel, Jefe de Unidad de Gestión Descentralizada  
Dra. Ritza Lizardo, Jefe Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención  
Ing. Norman Flores, Enlace SESAL-IAIP



Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Cadena de Suministros.  
**Orden de Compra / Servicios**



Dirección: Anillo Periférico, Contiguo a Residencial Suyapita  
Ciudad Tegucigalpa, Distrito Central  
Teléfono: (504) 2236-0900

Correo Electrónico: [adquisiciones@hospitalmaria.org](mailto:adquisiciones@hospitalmaria.org)

Proceso:	207-2020-FAHM
Orden de Compra No:	427-2020-FAHM
Fecha de Compra:	30/07/2020
Condiciones de Pago:	Transferencia / Crédito 30 Días
Código de la Actividad:	35210-COVID19

A favor de: **DROGUERIA AMERICANA**

Estimados señores nos complace dirigir la presente Orden de Compra para la adquisición que detallamos a continuación:

Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	LEMPIRAS		
					Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	230004	600	AMP	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	L. 78.53		L. 47,118.00
OBSERVACIONES:					Sub Total		L. 47,118.00
					ISV		
Periodo de Garantía:	Vence Mayo 2022				Total	L. 47,118.00	
Tiempo de Entrega:	Inmediata						

Entregar en:

- Almacén de Bienes y Equipos Menores
- Almacén General de Medicamentos e Insumos
- Almacén de Papelería y Útiles de Oficina
- Almacén de Suministros Generales

Nombre del Solicitante:

Rosa Duron

Elaborado por  
Stephany Bustillo  
Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA  
AMADOR AGUILAR  
Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR  
Fecha: 2020.07.30.20:19:49 -06'00'

Revisado por  
Iveth Amador  
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente  
por LIGIA LIZETH  
MONTOYA ZEPEDA  
Fecha: 2020.07.31  
09:20:01 -06'00'

Aprobado por  
Ligia Montoya  
Jefe de Cadena de Suministros

Firmado digitalmente  
por CLAUDIA RICARDA  
HERNANDEZ FIGUEROA  
Fecha: 2020.07.31  
01:44:37 -06'00'

Revisado DAF  
Claudia Hernandez  
Director Administrativo Financiero

Original : Proveedor  
Cc1: Almacén  
Cc2: Contabilidad  
CC3: CD Suministros



Fundación Amigos del Hospital María

### Fundación Amigos del Hospital María Departamento de Adquisiciones



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA HONDURANA  
SECRETARÍA DE SALUD

#### SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Proveedor: <u>Drogueria Saimed de Honduras</u>	Solicitante: <u>Fundación Amigos del Hospital María</u>
Dirección: <u>Finca La San Nicolo</u>	Dirección: <u>Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita</u>
Teléfono: <u>2262-5465</u> Fax:	Tel: <u>2236-0900 Ext. 11317</u>
Contacto: <u>Lic. Magda Oca</u> e-mail:	Correo Electrónico: <u>sbustillo@hospitalmaria.org</u>
Fecha: <u>30-Julio 2020</u>	Persona a Contactar: <u>Stephany Bustillo</u>

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	230004	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	AMPOLLA	600	—	—	—
2	130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	VIAL	3000	8.50	—	25,500
3	130034	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml: Solucion inyectable de Dexmedetomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	VIAL	230	—	—	—
4	290030	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B.	VIAL	1,200	—	—	—

<b>Observaciones: MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES</b>	Sub Total	
	15% ISV	
	<b>Total</b>	<b>25,500</b>

Contacto: e-mail:

Fecha límite para presentar cotización:	<b>Inmediata</b>
Especificar valides de la Oferta:	
Especificar Tiempo de Entrega:	
Especificar Condiciones de Pago:	
Especificar Período de Garantía:	

Se Requiere:  Muestra  Imagen  Especificaciones del producto

FIRMA DEL SOLICITANTE

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos  SI  NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación:

Nota Importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

*[Firma]*  
**FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR**  
 DROGUERIA SAIMED DE HONDURAS, TEGUCIGALPA.

**Cliente:** 2-01-0074 FUNDACION AMIGOS - HOSPITAL MARIA  
**Dirección:** TEGUCIGALPA  
**R.T.N. Cliente:** 08019005012023  
**Registro de Exonerado:**  
**Orden Compra Exenta:**  
**Registro SAG:**  
**C.A.I.:** 0D047B-1A8929-F549B0-9B3BA7-EDFFEA-6B  
**Fecha Límite de Emisión:** 10/12/2020  
**Rango Autorizado:** del 000-002-01-00017001 al 000-002-01-00023000  
**Observación:** OC 427-2020 FAHM

**Vendedor:** HOSPITALES  
**Fecha:** 31/07/2020  
**Forma de Pago:** Crédito  
**Fecha Vence:** 14/09/20

Codigo	Und	Cant	Bon	Lote#	Descripcion	Bod	Precio	Reb y Desc		Total
								Otorgado	ISV	
01-129-0001	UND	600	0	ADS309NE20	NOREPINEFRINA 4MG/4ML FRASCO	001	78.53	0.00	0	47,118.00

HOSPITAL MARIA  
 ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
 FECHA: 31/8/2020  
 HORA: 10:42 am  
 RECIBIDO POR CAJA

**ORIGINAL**

Droguería Americana  
**ENTREGADO**  
 POR: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECIOCHO LEMPIRAS CON 00/100



Autorizado Por

*[Handwritten Signature]*

Revisado Por

Firma y Sello del Cliente

Importe Exonerado: 0.00  
 Importe Exento: 47,118.00  
 Importe Gravado: 0.00  
 Rebaja y Descuento Otorgado: 0.00  
 ISV 15%: 0.00  
**Total a Pagar L.: 47,118.00**

Importante: Estimado cliente revise la mercadería en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

www.damericana.com

La factura es beneficio de todos, "Exijala"



Fundación Amigos del Hospital María

Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Adquisiciones



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA HONDURAS  
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Proveedor: <i>Dimagena Servimedica S.de A.C</i>	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: <i>Boulevard Morazan, Edificio James N:1-2</i>	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: <i>2233-5839</i> Fax: <i>2235-7847</i>	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto: <i>Anabel Rodríguez</i> e-mail: <i>anasinh@gmail.com</i>	Correo Electrónico: <i>sbustillo@hospitalmaria.org</i>
Fecha: <i>29-07-2020</i>	Persona a Contactar: <i>Stephany Bustillo</i>

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	230004	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	AMPOLLA	600	S.E	-	S.E
2	130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	VIAL	3000	L.9.60	0.00	L.28,800.00
3	130034	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml; Solución inyectable de Dexmedetomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	VIAL	230	L.789.29	0.00	L.181,536.70
4	290030	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B .	VIAL	1,200	S.E	S-	S.E

<b>Observaciones: MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES</b> <i>Dexametasona vence: 11/2020</i> <i>Dexmedetomidina v: 05/2022</i>	Sub Total	L.210,336.70
	15% ISV	0.00
	Total	L.210,336.70

Contacto: *Anabel Rodríguez* e-mail: *anasinh@gmail.com*

Fecha límite para presentar cotización:	Inmediata
Especificar valides de la Oferta:	<i>15 días</i>
Especificar Tiempo de Entrega:	<i>Dexametasona inmediata / Dexmedetomidina 7 días</i>
Especificar Condiciones de Pago:	<i>Crédito 30 días</i>
Especificar Período de Garantía:	

Se Requiere:  Muestra  Imagen  Especificaciones del Producto

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos  SI  NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación:

Nota Importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.



Fundación Amigos del Hospital María

Fundación Amigos del Hospital María
Departamento de Adquisiciones



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Table with 2 columns: Provider information (Proveedor, Dirección, Teléfono, Contacto, Fecha) and Requester information (Solicitante, Dirección, Tel, Correo Electrónico, Persona a Contactar).

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Table with 8 columns: Ítem, Código, Descripción, Unidad de Medida, Cantidad, Precio Unitario, Impuesto Unitario, Precio Total. Contains 4 items for Noradrenalina, Dexametasona, Dexmedetomidina, and Tiamina.

Observaciones: MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES
Se cotiza Norepinefrina 1mg/ml lab. Bial Pharmaceutical vencimiento Mayo 2022 (Con leyenda propiedad de J.H.S.S) (saborito de licitacion).

Summary table with 2 columns: Sub Total, 15% ISV, Total. Values are in handwritten text.

Contacto: e-mail:

Table for terms and conditions: Fecha límite para presentar cotización: Inmediata; Especificar valdes de la Oferta; Especificar Tiempo de Entrega; Especificar Condiciones de Pago; Especificar Período de Garantía.

Se Requiere: Muestra Imagen Especificaciones del Producto

Handwritten signature of the requester.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos [ ] SI [x] NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación:

Nota Importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR.
Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

Handwritten signature and blue circular stamp of the provider: FARMACIA MEDICAMENTOS.

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Drogueria Guardado S. de R. L. de C.V.  
Col. La Reforma, Edificio DISA II  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel. (504) 2237-777  
e-mail: ventas@drogueriaguardado.com  
www.drogueriaguardado.com  
RTN: 08019005005969

Fecha De Cotizacion: 29/07/2020

COTIZACION NO  
: 4427-2020

**ATENCION**

**FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA**

**POR ESTE MEDIO LE COTIZAMOS LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:**

ITEM	Cantidad	Bonificado	Unidad	LABORATORIO	CODIGO	Descripcion Guardado	Precio Unitario	Valor Total	PRESENTACION	ENTREGA	VENCIMIENTO
1	600	0		#N/A		NORADRENALINA (NOREPINEFRINA) 1 MG/ML NO HAY		L. 0.00			
2	3000	0	3	ANDIFAR	045079	DEXAMETASONA (FOSFATO) IV 8 MG/2 ML ANDIDEXA(DEXAMETASONA) INY 3 VIAL	29.67	L. 89,010.00	AMP	INMEDIATA	30/06/2024
3	230	0		#N/A		DEXMEDETOMIDINA (CLORHIRATO) 100 MCG/ML NO HAY		L. 0.00			
4	1200	0	1	VIJOSA	003069	TIAMINA 100 MG SOL INYECTABLE TIAMINA VIAL 10ML	37.88	L. 45,456.00	VIAL	700 INMEDIATA LA DIFERENCIA EN 5 DIAS	30/05/2023
<b>SUB-TOTAL</b>								<b>L. 134,466.00</b>			
<b>ISV</b>								<b>0</b>			
<b>TOTAL</b>								<b>L. 134,466.00</b>			



**OBSERVACIONES**

- 1.SOLAMENTE FACTURAMOS CAJAS COMPLETAS DE PRODUCTO NO MANDAMOS UNIDADES (SI SALE EN DECIMAL FAVOR REDONDIARLO A CAJAS)
- 2.TOMAR ENCUESTA LOS VENCIMIENTOS QUE ESTAMOS DANDO EN LAS COTIZACIONES
- 3.TOMAR ENCUESTA CUANDO ES DEVOLUTIVO Y CUANDO NO EL PRODUCTO
- 4.FAVOR TOMAR EN CUENTA EL ISV PARA QUE ALMOMENTO DE HACER LAS ORDENES DE COMPRA LO CALCULEN

**FIRMA**

**EMELY AVILES**

**COTIZACIONES & LICITACIONES**

**3153-0274**

CAI: 1E2217-695201-1C4C98-12FD76-D11F03-52 Rango: 000-002-01-00050001-000-002-01-00060000 RTN: 08019005005969



Fundación Amigos del Hospital María

Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Adquisiciones



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA HONDURAS  
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

<b>Proveedor:</b> DROMEINTER	<b>Solicitante:</b> Fundación Amigos del Hospital María
<b>Dirección:</b> FINAL DEL BLV MORAZAN	<b>Dirección:</b> Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
<b>Teléfono:</b> 2221-50-80	<b>Fax:</b>
<b>Contacto:</b> JMEJIA@DROMEINTER.COM	<b>e-mail:</b>
<b>Fecha:</b> 28 JULIO 2020	<b>Tel:</b> 2236-0900 Ext. 11317
	<b>Correo Electrónico:</b> sbustillo@hospitalmaria.org
	<b>Persona a Contactar:</b> Stephany Bustillo

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	230004	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	AMPOLLA	600			
2	130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	VIAL	3000	39.38		118,140
3	130034	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml: Solucion inyectable de Dexmedetomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	VIAL	230			
4	290030	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B .	VIAL	1,200	20.42		24,504

<b>Observaciones: MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES</b> TIAMINA INY REGISTRO SANITARIO RMH LOTE 190896A FECHA DE VENCE 8-2022	<b>Sub Total</b>	
	<b>15% ISV</b>	
	<b>Total</b>	142,644

**Contacto:** e-mail:

<b>Fecha límite para presentar cotización:</b>	<b>Inmediata</b>
<b>Especificar valides de la Oferta:</b>	15 dias habiles
<b>Especificar Tiempo de Entrega:</b>	INMEDIATA
<b>Especificar Condiciones de Pago:</b>	CREDITO 30 DIAS
<b>Especificar Período de Garantía:</b>	

**Se Requiere:**  Muestra  Imagen  Especificaciones del Producto

AUDREY MURILLO

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS

A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos  SI  NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación:

**Nota Importante:** Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.



Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Adquisiciones



SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Proveedor: <b>MEDITEL</b>	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: <b>Barrio Guamilito 6 Cal, 647 M. S. P.S</b>	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: <b>2553-7068</b> Fax: <b>2557-2331</b>	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto: e-mail:	Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org
Fecha: <b>30 Julio 2020</b>	Persona a Contactar: Stephany Bustillo

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	230004	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	AMPOLLA	600	—	—	—
2	130004	DEXAMetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	VIAL	3000	€18.00	—	€54,000.00
3	130034	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml: Solucion inyectable de Dexmedetomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	VIAL	230	€1,200.00	—	€276,000.00
4	290030	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B .	VIAL	1,200			

<b>Observaciones: MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES</b> <b>ITEM 3: Cota: 2005047.1</b> <b>Vence: 09/2021</b>	Sub Total	€330,000.00
	15% ISV	—
	Total	€330,000.00

Contacto: e-mail:

Fecha límite para presentar cotización:	Inmediata
Especificar valides de la Oferta:	15 DÍAS
Especificar Tiempo de Entrega:	ITEM 3: 30 DIAS Inmediato / 200 17 DIAS 0/6.0.
Especificar Condiciones de Pago:	Credito 30 DIAS
Especificar Periodo de Garantía:	—

Se Requiere:  Muestra  Imagen  Especificaciones del Producto

*[Handwritten signature]*

FIRMA DEL SOLICITANTE

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos  SI  NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación:

Nota Importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.





# PHAR MED SALES HONDURAS

COL. MODELO, ZONA 52, COMAYAGUELA M.D.C  
 TELS: 2233-2908, 2233-6943 FAX: 2233-1296  
 COL. ALAMEDA, EDIFICIO D'ARCO LOCAL #5 TEGUCIGALPA  
 TELS: 2235-5032  
 Bo. GUAMILITO, 2DA CALLE 10 Y 11 AVENIDA, EDIF  
 PLAZA CRISTAL, LOCAL #10

## COTIZACION

Cliente
Fundación Amigos del Hospital María

Fecha	N.Docto
29/7/2020	

A continuación detallamos cotización por usted solicitada:

Condiciones de Pago	Validez de la Oferta	Tiempo de Entrega
Contado	15 días	INMEDIATO

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNID	PRECIO	IMPTO	TOTAL
1	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml	600	amp		NO HAY	L. -
2	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml <b>Lote: B19G998 Vencimiento: Agosto 21</b>	3000	AMP	L. 19.00	EXE	L. 57,000.00
3	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml	230	VIAL		NO HAY	L. -
4	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B .	1,200	VIAL		NO HAY	L. -
5						L. -
6						L. -
7						L. -
8						L. -
9						L. -
10						L. -

Observaciones:

SUB TOTAL .....	L. 57,000.00
DESCTO.....	
GASTOS ADICIONALES.....	
IMPUESTO.....	
<b>TOTAL.....</b>	<b>L. 57,000.00</b>

Sin otro particular,

Atentamente,



**Dra. Kenya Guevara**  
 | Visita Medica | Phar Med Sales Honduras  
 Teléfono: (504)22332908 | Cel. 33446696







Fundación Amigos del Hospital María  
Evaluación de Ofertas



Solicitud de Cotización/Proceso: 207-2020-FAHM

Objeto de la Solicitud de Cotización: SOLICITUD DE MEDICAMENTOS QUE SE NECESITA PARA LOS PACIENTES SALAS COVID-19, PROYECCIÓN DE COMPRA PARA 3 MESES (AGOSTO A OCTUBRE 2020)

Presupuesto Estimado: L. 265,000.00

Fecha de Evaluación: 30 de Julio de 2020

Actividad POA y PAC: Objeto del Gasto 35210-COVID19

EVALUACIÓN TÉCNICA

Item	Descripción	PHARMED SALES		DROGUERIA AMERICANA		DROGUERIA GUARDADO		DROMEINTER		FARMACIA SIMAN		DROGUERIA SERVIMEDICA		DROGUERIA SAIMED		DROGUERIA MEDITEC	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.		X	X			X		X		X		X		X		X
2	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	X			X	X		X		X		X		X		X	
3	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml; Solución inyectable de Dexametomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.		X		X		X		X		X		X		X		X

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Item	Descripción	Cantidad	Presentación	PHARMED SALES		DROGUERIA AMERICANA		DROGUERIA GUARDADO		DROMEINTER		FARMACIA SIMAN		DROGUERIA SERVIMEDICA		DROGUERIA MEDITEC		DROGUERIA SAIMED	
				Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total
1	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	600	AMPOLLA			L 78.53	L 47,118.00												
2	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	3000	VIAL	L 19.00	L 57,000.00			L 29.67	L 89,010.00	L 39.38	L 118,140.00	L 7.18	L 21,540.00	L 9.60	L 28,800.00	L 18.00	L 54,000.00	L 8.50	L 25,500.00
3	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml; Solución inyectable de Dexametomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	230	VIAL									L 789.29	L 181,536.70	L 1,200.00	L 276,000.00				
sub-total					L 57,000.00		L 47,118.00		L 89,010.00		L 118,140.00		L 21,540.00		L 210,336.70		L 276,000.00		L 25,500.00
Impuesto 5/Venta 10%																			
Total					L 57,000.00		L 47,118.00		L 89,010.00		L 118,140.00		L 21,540.00		L 210,336.70		L 276,000.00		L 25,500.00

Condiciones de Pago

Vencimiento

Tiempo de Entrega

Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias	Transferecia /Crédito 30 Dias
ago-21	may-22	Item 2 Junio 2024 y Item 4 Mayo 2023	Item 4 Agosto 2022	Item 4 Agosto 2022	Item 2 Noviembre 2020 y Item 3 Mayo 2022	Item 2 Noviembre 2020 y Item 3 Mayo 2022
inmediata	Inmediata / Ofertan con leyenda de IHSS	Item 2 Inmediata y Item 4 Inmediata 700 unidades y la diferencia en 5 dias	Inmediata	Inmediata	Item 2 Inmediata y Item 3 Inmediata 10 unidades y la diferencia a 7 dias	Item 2 Inmediata y Item 3 Inmediata 10 unidades y la diferencia a 7 dias

**Observaciones:** Se invitó a cotizar a Drogueria Servimedica, Farmacia Siman, Drogueria Americana, Helifarma, Kamel, Drogueria Farsiman, Pharmed Sales, Universal, Menfar, Dromeinter, Seven Pharma, Generic Pharma, Pharmed Sales, Drogueria Meditec, Leterago, Saimed, Drogueria Haster, Drogueria Guardado, Eyl Comercial, Farinter, Drogueria Promesa y Drogueria Proconsumo. Con respecto al item 3 la Drogueria Servimedica cotiza solo 10 unidades de entrega inmediata y la diferencia a 7 dias y Drogueria Meditec cotiza 30 unidades de entrega inmediata y la diferencia a 17 dias debido a la necesidad de contar con este medicamento para la sala covid del Hospital se adjudica las cantidades disponible de ambos proveedores y la diferencia se adjudica a Drogueria servimedica con el menor tiempo de entrega ademas de ser la oferta mas baja. Se recomienda adjudicar de la siguiente manera:

Proveedor	Items	Cantidad	Monto
DROGUERIA AMERICANA	1	600 Amp	L 47,118.00
DROGUERIA SAIMED	2	3000 vial	L 25,500.00
DROGUERIA SERVIMEDICA	3	200	L 157,858.00
DROGUERIA MEDITEC	3	30	L 36,000.00
<b>TOTAL</b>			<b>L 266,476.00</b>

COMITÉ EVALUADOR

Rosa Duron  
Jefe de Farmacia

Stephary Bustillo  
Oficial de Adquisiciones

Iveth Amador  
Jefe de Control Interno

SOLICITUD DE COMPRA

No. 207-2020-FAHM

Fecha: 28/07/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL
2. Motivo de Compra: SOLICITUD DE MEDICAMENTOS QUE SE NECESITA PARA LOS PACIENTES SALAS COVID-19, PROYECCIÓN DE COMPRA PARA 3 MESES (AGOSTO A OCTUBRE 2020)
3. Presupuesto Estimado: L. 265,000.00
4. Tiempo de Entrega
5. Prioridad:  Alta  Media  Normal

8. ITEMS A COMPRAR				
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	230004	NORAdrenalina (norepinefrina) 1mg/ml; Solución inyectable con 1mg/ml de noradrenalina (norepinefrina). En ampolla resistente a la luz de 4mL. Administración IV.	600	AMPOLLA
2	130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml : Solución inyectable de 4mg/mL de dexametasona (fosfato) en vial resistente a la luz, de 2mL. Administración:IM, IV.	3000	VIAL
3	130034	DEXMEDETOMIDINA (CLORHIDRATO) 100mcg/ml: Solucion inyectable de Dexmedetomidina (Clorhidrato) 100mcg/ml como base, en ampolla de 2 ml.	230	VIAL
4	290030	TIAMINA 100mg (Sol. Inyectable): Vitamina de complejo B .	1,200	VIAL

Observaciones: URGENTE INGRESO INMEDIATO, MEDICAMENTO CON VENCIMIENTO MINIMO DE 12 MESES

Se Requiere:  Hacen  Nuestra  Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante  
ROSA MONCADA, COORDINADORA DE ALMACEN

10. Vo. Bo. con nombre, cargo y firma del Jefe Inmediato  
LICDA. LIGIA MONTOYA, JEFE DE CADENA DE SUMINISTROS

11. Vo. Bo. con nombre y firma de Almacén General (Si aplica)

12. Control Presupuestario.

Presupuesto:	Bajo Techo <input type="checkbox"/>	Sobre Techo <input checked="" type="checkbox"/>	Excedentes <input type="checkbox"/>	Objeto de Gasto: 35210 COVID19	Firma de Tesorería	Firma de DAF
--------------	-------------------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------

13. Vo. Bo. con nombre y firma de la Jefatura de Cadena de Suministros y Gerencia General

Jefe de Cadena de Suministros Gerencia General

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

14. Solicitud de Cotización

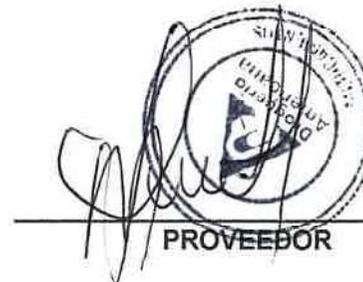
# COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

<b>Proveedor:</b> 010028	<b>No. de Embarque:</b> EM00001722	<b>Asiento:</b>
<b>Nombre:</b> DROGUERIA LABORATORIO Y DISTRIBUIDORA AMER	<b>Orden de Compra:</b> OC00000971	
<b>Observaciones:</b>		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
230004	NORADRENALINA (Norepinefrina) 1mg/ml	NO	SI	VIAL	AG02	78.53	5,968.28	ADS289NE19	30/12/2021	600.00	76.00
230004	NORADRENALINA (Norepinefrina) 1mg/ml	NO	SI	VIAL	AG02	78.53	41,149.72	ADS309NE20	30/05/2022		524.00
<b>Total</b>							<b>47,118.00</b>				



ENCARGADO DEL ALMACEN



PROVEEDOR



Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Cadena de Suministros.  
**Orden de Compra / Servicios**  
GG/D-CDS/R-001/V-002



**Dirección:** Anillo Periférico, Contiguo a Residencial Suyapita  
Ciudad Tegucigalpa, Distrito Central  
**Teléfono:** (504) 2236-0900  
**Correo Electrónico:** [adquisiciones@hospitalmaria.org](mailto:adquisiciones@hospitalmaria.org)

Proceso:	155-2020-FAHM
Orden de Compra No:	337-2020-FAHM
Fecha de Compra:	10/06/2020
Condiciones de Pago:	Transferencia / Crédito 30 Días
Código de la Actividad:	39500 / 39500-COVID19

**A favor de:** DIMEX MEDICA

Estimados señores nos complace dirigir la presente Orden de Compra para la adquisición que detallamos a continuación:

Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida		LEMPIRAS		
					Precio Unitario	ISV Unitario	Total
2	900073	138	FRASCO	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80	L. 5,560.00	L. 834.00	L. 767,280.00
<b>Onservaciones:</b>					<b>Sub Total</b>	<b>L. 767,280.00</b>	
<b>Periodo de Garantía:</b>					<b>Impuesto S/Venta 15%</b>	<b>L. 115,092.00</b>	
<b>Tiempo de Entrega:</b> 45-60 DIAS HABILES						L.	<b>882,372.00</b>

**Entregar en:**

Almacén de Bienes y Equipo Menor

Almacén General de Medicamentos e Insumos

Almacén de Populera y Utiles de Oficina

Almacén de Suministros Generales

**Nombre del Solicitante:** Rosa Moncada

Ana Madrid  
Elaborado por  
Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA AMADOR AGUILAR  
Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR  
Fecha: 2020.06.25 09:41:47 -06'00'

Iveth Amador  
Revisado por  
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente por LIGIA LIZETH MONTOYA ZEPEDA  
Fecha: 2020.06.25 10:49:12 -06'00'

Ligia Montoya  
Aprobado por  
Jefe de Cadena de Suministros

Original : Proveedor  
Cc1: Almacén  
Cc2: Contabilidad  
CC3: CD Suministros

Firmado digitalmente por CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA  
Fecha: 2020.06.25 16:47:36 -06'00'

Claudia Hernández  
Revisado DAF

**Cliente:** 2-01-0066 FUNDACION AMIGO-HOSPITAL MARIA  
**Dirección:** TEGUCIGALPA  
**R.T.N. Cliente:** 08019005012023  
**Registro de Exonerado:**  
**Orden Compra Exenta:**  
**Registro SAG:**  
**C.A.I.:** 2480C0-41177B-BC4C9C-251684-46CCDB-F6  
**Fecha Límite de Emisión:** 17/12/2020  
**Rango Autorizado:** del 000-002-01-00008101 al 000-002-01-00011700  
**Observación:** OC 337-2020-FAHM

**Vendedor:** JULIO AGUILAR  
**Fecha:** 14/08/2020  
**Forma de Pago:** Crédito  
**Fecha Vence:** 28/09/20

Código	Und.	Cant.	Bon.	Lote #	Descripción	Bod.	Precio	Reb y Desc Otorgados	ISV	Total
12-270-0015	UND	100	0		AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA80	001	5,560.00	0.00	0	556,000.00



**ORIGINAL**



QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL LEMPIRAS CON 00/100



Autorizado Por

*[Handwritten Signature]*  
 Revisado Por

Firma y Sello del Cliente

**Importe Exonerado:** 0.00  
**Importe Exento:** 556,000.00  
**Importe Gravado:** 0.00  
**Rebaja y Descuento Otorgado:** 0.00  
**ISV 15%:** 0.00  
**Total a Pagar:** 556,000.00

Importante: Estimado cliente revise la mercadería en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

www.dimexmedica.com

La factura es beneficio de todos, "Exíjala"

# COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

<b>Proveedor:</b> 010013	<b>No. de Embarque:</b> EM00001766	<b>Asiento:</b>
<b>Nombre:</b> DIMEX MEDICAS S DE R-L DE C.V	<b>Orden de Compra:</b> OC00000996	
<b>Observaciones:</b>		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
900073	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80	NO	SI	UND	AG	5,560.00	211,280.00	EE152007070106/01/2022		38.00	38.00
<b>Total</b>							211,280.00				



ENCARGADO DEL ALMACEN



PROVEEDOR

# COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

<b>Proveedor:</b> 010013	<b>No. de Embarque:</b> EM00001653	<b>Asiento:</b>
<b>Nombre:</b> DIMEX MEDICAS S DE R-L DE C.V	<b>Orden de Compra:</b> OC00000937	
<b>Observaciones:</b>		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
900073	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80	NO	SI	UND	AG	5,560.00	556,000.00	EE152007070106/01/2022		100.00	100.00
<b>Total</b>							556,000.00				



ENCARGADO DEL ALMACEN



PROVEEDOR



135, GASAN DIGITAL 2-RO, GEUMCHEON-GU, SEOUL, KOREA 08504  
TEL: 822-6292-2676/ FAX: 822-868-1511 / Web site: www.hmmdt.com

---

Ref. DOC-20190923-01  
Issue date: Sep. 23. 2019

## Letter of Authorization

To whom it may concern

We, Human Meditek Co., Ltd., hereby confirm that DIMEX MEDICA is the distributor in Honduras until end of 2020.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jake Lee', is written over a horizontal line.

JAKE LEE / CMO

**HUMAN MEDITEK Co.,Ltd.**

COTIZACIÓN NO. 192\_2020\_JA  
 FECHA DE ELABORACIÓN: 22/6/2020

CONDICIONES DE OFERTA	
<b>Casa:</b>	HUMAN MEDITEK/COREA DEL SUR
<b>Entrega:</b>	45-60 DÍAS HÁBILES
<b>Validez:</b>	20 DÍAS O HASTA AGOTAR EXISTENCIAS
<b>Pago:</b>	CONTADO/CRÉDITO
	ACEPTAMOS ORDEN DE COMPRA

DATOS	
Señores:	HOSPITAL MARIA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS
Titular:	DIMEX MEDICA S.A. DE C.V.
RTN	0801-9001-262611
CAI	2480C0-41177B-BC4C9C-251684-46CCDB-F6
Fecha Limite:	17/12/2020
Rango:	000-002-01-00008101-00011700
Dirección del Proveedor:	BARRIO SAN FELIPE, CALLE BUSTAMANTE Y RIVERO #3002, ATRÁS DE LA IGLESIA MEDALLA MILAGROSA.
Telefono:	(504) 2280-4444

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	PREC. UNIT	PREC. TOTAL
1	HSMA80	Agente esterilizante 80 mL (1 botes) **Precio para compra mínima de 6 paquetes con 6 botes cada uno.  *****ÚLTIMA LÍNEA*****	144	L 5,560.00	L 800,640.00
<b>Sub-Total</b>					L 800,640.00
<b>I.S.V</b>					L 120,096.00
<b>Total</b>					L 920,736.00

**Cotización preparada por:**

Julio Aguilar  
 (504) 3177-2490

**Sitio Web:**

[www.dimexmedica.com](http://www.dimexmedica.com)  
[jaquilar@dimexmedica.com](mailto:jaquilar@dimexmedica.com)

**Observaciones:**

Precios sujetos a cambios en base a cantidades requeridas.

\*\*Precio para compra mínima de 6 paquetes con 6 botes cada uno.

\*\*Precio especial por compra de 144 frascos



Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Adquisiciones

Evaluación de Ofertas  
DAF/D-ADQ/R-003/V-002

PROCESOS MENORES A L 240,000.00



Solicitud de Cotización/Proceso:

155-2020-FAHM

Solicitud de Cotización: Compra de insumos requeridos para salas COVID-19 (Edificio "A" y Edificio "E" y HMEP. Consumo para 7 meses aproximadamente.

Presupuesto Estimado: L. 1,011,655.00

Fecha de Evaluación: 24 de junio de 2020

Actividad POA y PAC: Presupuesto sobre Techo, Objeto del Gasto

EVALUACIÓN TÉCNICA

Ítem	Descripción	COMERCIAL MEDICA INDUSTRIAL		DIMEX MEDICA	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	PAPEL PARA ELECTROCARDIOGRAMA (RESMA)210X270MM	X			
2	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80			X	

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Ítem	Descripción	Cantidad	COMERCIAL MEDICA INDUSTRIAL		DIMEX MEDICA	
			Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total
1	PAPEL PARA ELECTROCARDIOGRAMA (RESMA)210X270MM	95	L 980.00	L 93,100.00		
2	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80	138			L 5,560.00	L 767,280.00
Sub-Total				L 93,100.00		L 767,280.00
Imp/Vts				L 13,965.00		L 115,092.00
Total				L 107,065.00		L 882,372.00

Condiciones de Pago	Transferencia / Crédito 30 Días	Transferencia / Crédito 30 Días
Tiempo de Entrega	2-3 Semanas	45-60 Días Hábiles

Observaciones: Se recomienda adjudicar según aprobación de la Junta Directiva en solicitud No.2020-032 aprobada con fecha 18 de junio del 2020 a los proveedores Comercial Médica Industrial y Dimex Medica ya que cumple con lo requerido.

Proveedor	Ítems	Monto Total	Imp/vts	Monto Total
COMERCIAL MEDICA INDUSTRIAL	1	L 93,100.00	L 13,965.00	L 107,065.00
DIMEX MEDICA	2	L 767,280.00	L 115,092.00	L 882,372.00
		L 860,380.00	L 128,057.00	L 988,437.00

COMITÉ EVALUADOR

Rosa Moncada  
Solicitante



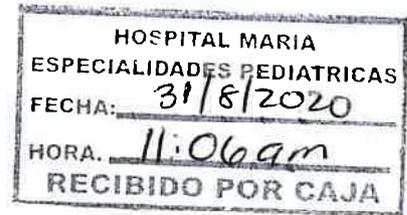
Ana Madrid  
Oficial de Adquisiciones

Iveth Amador  
Jefe de Control interno

**Cliente:** 2-01-0066 FUNDACION AMIGO-HOSPITAL MARIA  
**Dirección:** TEGUCIGALPA  
**R.T.N. Cliente:** 08019005012023  
**Registro de Exonerado:**  
**Orden Compra Exenta:**  
**Registro SAG:**  
**C.A.I.:** 2480C0-41177B-BC4C9C-251684-46CCDB-F6  
**Fecha Límite de Emisión:** 17/12/2020  
**Rango Autorizado:** del 000-002-01-00008101 al 000-002-01-00011700  
**Observación:** OC 337-2020-FAHM

**Vendedor:** JULIO AGUILAR  
**Fecha:** 14/08/2020  
**Forma de Pago:** Crédito  
**Fecha Vence:** 28/09/20

Código	Und.	Cant.	Bon.	Lote #	Descripción	Bod.	Precio	Reb y Desc Otorgados	ISV	Total
12-270-0015	UND	38	0		AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA80	001	5,560.00	0.00	0	211,280.00



**ORIGINAL**



DOSCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA LEMPIRAS CON 00/100



Autorizado Por

Revisado Por

Firma y Sello del Cliente

Importe Exonerado: 0.00  
 Importe Exento: 211,280.00  
 Importe Gravado: 0.00  
 Rebaja y Descuento Otorgado: 0.00  
 ISV 15%: 0.00  
**Total a Pagar: 211,280.00**

Importante: Estimado cliente revise la mercadería en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

www.dimexmedica.com

La factura es beneficio de todos, "Exijala"

No. 155-2020-FAHM

Fecha: 19/06/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL

2. Motivo de Compra: INSUMOS REQUERIDOS PARA SALAS COVID-19 (EDIFICIO A Y EDIFICIO E) y HMEP CONSUMO PARA 7 MESES APROXIMADAMENTE

3. Presupuesto Estimado: L. 1,011,655.00

4. Tiempo de Entrega

5. Prioridad:  Alta  
 Media  
 Normal

8. ITEMS A COMPRAR				
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	915050	PAPEL PARA ELECTROCARDIOGRAMA (RESMA) 210X270MM	95	RESMAS
2	900073	AGENTE ESTERILIZANTE 80ML HMSA 140/80	140	FRASCO

Observaciones: Item 1 PROVEEDOR EXCLUSIVO DIMEX, Item 2 PROVEEDOR CMI, PRESUPUESTO COVID-19 (L.723,120.00) y PRESUPUESTO HMEP (L.288,535.00), SESOLICITO AUTORIZACION DE COMPRA DIRECTA A JD, APROBADA EL 18.06.2020

Se Requiere:  Imagen  Muestra  Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante

ING. ROSA MONCADA / COORDINADORA DE ALMACEN



10. Vo. Bo. con nombre, cargo y firma del Jefe Inmediato

LICDA. LIGIA MONTOYA / JEFE DE CADENA DE SUMINISTROS

11. Vo. Bo. con nombre y firma de Almacén General (Si aplica)

12. Control Presupuestario. (L.288,535 presupuesto bajo techo del HMEP y L.723,120 COVID19)

Presupuesto:  Bajo Techo  Sobre Techo  Excedentes  
Objeto de Gasto: 39500 COVID19  
Firma de Tesorería  
Firma de DAF

13. Vo. Bo. con nombre y firma de la Jefatura de Cadena de Suministros y Gerencia General

Jefe de Cadena de Suministros

Gerencia General

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

14. Solicitud de Cotización

Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Cadena de Suministros.  
**Orden de Compra / Servicios**



**Dirección:** Anillo Periférico, Contiguo a Residencial Suyapita  
Ciudad Tegucigalpa, Distrito Central

**Teléfono:** (504) 2236-0900

**Correo Electrónico:** [adquisiciones@hospitalmaria.org](mailto:adquisiciones@hospitalmaria.org)

Proceso:	161-2020-FAHM
Orden de Compra No:	332-2020-FAHM
Fecha de Compra:	17/06/2020
Condiciones de Pago:	Transferencia / Crédito 30 Días
Código de la Actividad:	35210 COVID 9

A favor de: **DROGUERIA AMERICANA**

Estimados señores nos complace dirigir la presente Orden de Compra para la adquisición que detallamos a continuación:

Ítem	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	LEMPIRAS		
					Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	220022	1200	Vial	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración:IV,IM.	L. 101.05	L. 15.16	L. 121,260.00
OBSERVACIONES:					Sub Total		L. 121,260.00
					ISV		
Período de Garantía: Vence 11/2021					Total	L. 121,260.00	
Tiempo de Entrega: INMEDIATA							

Entregar en:

Almacén de Bienes y Equipo Menor

Almacén General de Medicamentos e Insumos

Almacén de Papelería y Útiles de Oficina

Almacén de Suministros Generales

Nombre del Solicitante: **Rosa Duron**

Elaborado por  
Stephany Bustillo  
Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA AMADOR AGUILAR  
Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR  
Fecha: 2020.06.17 18:07:08 -06'00'

Revisado por  
Iveth Amador  
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente por LIGIA LIZETH MONTOYA ZEPEDA  
Fecha: 2020.06.17 18:33:52 -06'00'

Aprobado por  
Ligia Montoya  
Jefe de Cadena de Suministros

CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA  
2020.06.17 20:18:07 -06'00'

Revisado DAF  
Claudia Hernandez  
Director Administrativo Financiero

Original : Proveedor  
Cc1: Almacén  
Cc2: Contabilidad  
CC3: CD Suministros

# COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

Proveedor: 010028	No. de Embarque: EM00001628	Asiento:
Nombre: DROGUERIA LABORATORIO Y DISTRIBUIDORA AMER	Orden de Compra: OC00000917	
Observaciones:		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
220022	MIDAZOLAN (clorhidrato) 5mg/mL	NO	SI	VIAL	AG02	101.05	5,052.50	17111394.	30/11/2021	1,200.00	50.00
220022	MIDAZOLAN (clorhidrato) 5mg/mL	NO	SI	VIAL	AG02	101.05	116,207.50	17111391.	30/11/2021		1,150.00
<b>Total</b>							121,260.00				



HOSPITAL MARIA  
ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

18 JUN 2020

*[Handwritten Signature]*  
 ENCARGADO DEL ALMACEN

*[Handwritten Signature]*  
 PROVEEDOR



**Fundación Amigos del Hospital María**  
Departamento de Adquisiciones



**SOLICITUD DE COTIZACIÓN**

<b>Proveedor:</b>	<b>Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencia Suyapita</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Fax:</b>
<b>Contacto:</b>	<b>Tel: 2236-0900 Ext. 11317</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org</b>
	<b>Persona a Contactar: Stephany Bustillo</b>

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	220022	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración:IV,IM.	Vial	1200	L.101.05	L.0.00	L.121,260.00
2		Bemiparina 3500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.2 ml contiene 3,500 UI bemiparina sódica	jeringa prellenada	700	L.0.00	L.0.00	L.0.00
3		Bemiparina 7500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.3 ml contiene 7,500 UI de bemiparina sódica	jeringa prellenada	450	L.0.00	L.0.00	L.0.00

<b>Observaciones:</b>	<b>Sub Total</b>	L.121,260.00
	<b>15% ISV</b>	L. 0.00
	<b>Total</b>	L.121,260.00

**Contacto:** e-mail:

<b>Fecha límite para presentar cotización:</b>	<b>Inmediata</b>
<b>Especificar valdes de la Oferta:</b>	OFERTA VALIDA POR 5 DIAS
<b>Especificar Tiempo de Entrega:</b>	ENTREGA 100% INMEDIATA
<b>Especificar Condiciones de Pago:</b>	CREDITO
<b>VENCIMIENTO:</b>	30 DE NOVIEMBRE 2021

**Se Requiere:** Muestra  Imagen  Especificaciones del Producto

FIRMA DEL SOLICITANTE

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

SI  NO

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las Instrucciones y requerimientos

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación: **MIDAZOLAM VIDA UTIL DE 18 MESES**

Nota importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

Drogueria Guardado S. de R. L. de C.V  
Col. La Reforma, Edificio DISA II  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel. (504) 2237-777  
e-mail: Ventas@drogueriaguardado.com  
www.drogueriaguardado.com  
RTN: 08019005005969

Fecha De Cotizacion: 16/06/2020

COTIZACION NO  
: 4085-2020

**ATENCION**

FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA  
**POR ESTE MEDIO LE COTIZAMOS LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:**

ITEM	Cantidad	Bonificado	Unidad	LABORATORIO	CODIGO	Descripción	Descripcion Guardado	Precio Unitario	Valor Total	PRESENTACION	
1		0		#N/A		MIDAZOLAN CLORHIDRATO 5 MG/ML	NO HAY		L. 0.00	VIAL	
2		0		#N/A		BEMIPARINA 3500	NO HAY		L. 0.00	JRP	
3		0		#N/A		BEMIPRARINA 7500	NO HAY		L. 0.00	JRP	
									SUB-TOTAL	L. 0.00	
									ISV	0	
									TOTAL	L. 0.00	



**OBSERVACIONES**

- 1.SOLAMENTE FACTURAMOS CAJAS COMPLETAS DE PRODUCTO NO MANDAMOS UNIDADES (SI SALE EN DECIMAL FAVOR REDONDIARLO A CAJAS)
- 2.TOMAR ENCUESTA LOS VENCIMIENTOS QUE ESTAMOS DANDO EN LAS COTIZACIONES
- 3.TOMAR ENCUESTA CUANDO ES DEVOLUTIVO Y CUANDO NO EL PRODUCTO
- 4.FAVOR TOMAR EN CUENTA EL ISV PARA QUE ALMOMENTO DE HACER LAS ORDENES DE COMPRA LO CALCULEN

FIRMA  
EMELY AVILES  
COTIZACIONES & LICITACIONES  
3153-0274



Fundación Amigos del Hospital María

Fundación Amigos del Hospital María  
Departamento de Adquisiciones



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA HONDURAS  
SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Proveedor: MENFAR S. A.DE C.V.	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: Col. San Jose Del Pedregal Complejo Caprisa Ofi bodega 18	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: 2276-4960 Fax:	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto: Aleyda Lopez e-mail: aleylopez@menarini-ca.com	Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org
Fecha:	Persona a Contactar: Stephany Bustillo

Se le invita a presentar oferta para los ítems descritos a continuación, agradeceremos la remisión de la misma en este mismo formato.

Ítem	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Impuesto Unitario	Precio Total
1	220022	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración:IV,IM.	Vial	1200			
2		Bemiparina 3500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.2 ml contiene 3,500 UI bemiparina sódica	jeringa prellenada	700	200.00	0.00	140,000.00
3		Bemiparina 7500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.3 ml contiene 7,500 UI de bemiparina sódica	jeringa prellenada	450	225.00	0.00	101,250.00
					<b>Sub Total</b>		241,250.00
					<b>15% ISV</b>		0.00
					<b>Total</b>		241,250.00

Observaciones:

Contacto: Aleyda Lopez e-mail: aleylopez@menarini-ca.com

Fecha límite para presentar cotización:	Inmediata
Especificar valides de la Oferta:	15 dias
Especificar Tiempo de Entrega:	Badyket 7500 entrega Inmediata Badyket de 3500 el 16/07/2020
Especificar Condiciones de Pago:	30 dias
Especificar Período de Garantía:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Se Requiere: Muestra Imagen Especificaciones del Producto



FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

HOSPITAL MARIA, ESPECIALIDADES PEDIATRICAS

A SER COMPLETADA POR EL COTIZANTE:

Los productos ofrecidos están de acuerdo con las instrucciones y requerimientos  SI  NO

Cualquier diferencia entre lo solicitado y lo cotizado deberá describirse a continuación: La Bemiparina es una heparina de bajo peso molecular de segunda generación cuya pauta posológica es de cada 24 horas, disminuyendo costos en la aplicación de dosis diaria vrs Enoxaparina (pautado en protocolo de manejo de pacientes COVID19 de la SESAL)

Nota Importante: Todo Proveedor que resultare adjudicado, deberá presentar al momento de su pago, la Factura de acuerdo a las disposiciones vigentes de la SAR. Al presentar esta oferta declaro que ni el representante legal o la empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

Cliente
Fundación Amigos del Hospital María

Fecha	N.Docto
17/6/2020	

A continuacion detallamos cotizacion por usted solicitada:

Condiciones de Pago	Validez de la Oferta	Tiempo de Entrega
Contado	15 dias	INMEDIATO

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNID	PRECIO	IMPTO	TOTAL
1	Midazolan (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL):		VIAL		NO HAY	L. -
2	Bemiparina 3500: Jeringa prellenada		JP		NO HAY	L. -
3	Bemiparina 7500: Jeringa prellenada:		JP		NO HAY	L. -
4						L. -
5						L. -
6						L. -
7						L. -
8						L. -
9						L. -
10						L. -
11						L. -

Observaciones:

SUB TOTAL .....	L. -
DESCTO.....	
GASTOS ADICIONALES.....	
IMPUESTO.....	
TOTAL.....	L. -

Sin otro particular,

Atentamente,



**Dra. Kenya Guevara**  
 | Visita Medica | Phar Med Sales Honduras  
 Teléfono: (504)22332908 | Cel. 33446696





**Cliente:** 2-01-0074 FUNDACION AMIGOS - HOSPITAL MARIA  
**Dirección:** TEGUCIGALPA  
**R.T.N. Cliente:** 08019005012023  
**Registro de Exonerado:**  
**Orden Compra Exenta:**  
**Registro SAG:**  
**C.A.I.:** 0D047B-1A8929-F549B0-9B3BA7-EDFFEA-6B  
**Fecha Límite de Emisión:** 10/12/2020  
**Rango Autorizado:** del 000-002-01-00017001 al 000-002-01-00023000  
**Observación:**

**Vendedor:** OFICINA  
**Fecha:** 17/06/2020  
**Forma de Pago:** Crédito  
**Fecha Vence:** 01/08/20

Codigo	Und	Cant	Bon	Lote#	Descripcion	Bod	Precio	Reb y Desc Otorgado	ISV	Total
01-005-0057	UND	50	0	17.11.1394	MIDAZOLAM 50 MG 10 ML FCO	001	101.05	0.00	0	5,052.50

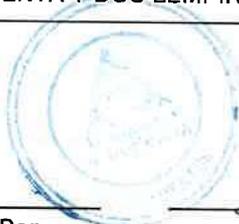
**ORIGINAL**

HOSPITAL MARIA  
 ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
 FECHA: 31/8/2020  
 HORA: 10:42 am  
 RECIBIDO POR CAJA

18 JUN 2020  


Droguería Americana  
**ENTREGADO**  
 POR: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

CINCO MIL CINCUENTA Y DOS LEMPIRAS CON 50/100

  
 Autorizado Por \_\_\_\_\_  
 Revisado Por \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Cliente

Importe Exonerado: 0.00  
 Importe Exento: 5,052.50  
 Importe Gravado: 0.00  
 Rebaja y Descuento Otorgado: 0.00  
 ISV 15%: 0.00  
**Total a Pagar L.: 5,052.50**

Importante: Estimado cliente revise la mercadería en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

[www.damericana.com](http://www.damericana.com)

La factura es beneficio de todos, "Exijala"

**Cliente:** 2-01-0074 FUNDACION AMIGOS - HOSPITAL MARIA  
**Dirección:** TEGUCIGALPA

**R.T.N. Cliente:** 08019005012023

**Registro de Exonerado:**

**Orden Compra Exenta:**

**Registro SAG:**

**C.A.I.:** 0D047B-1A8929-F549B0-9B3BA7-EDFFEA-6B

**Fecha Límite de Emisión:** 10/12/2020

**Rango Autorizado:** del 000-002-01-00017001 al 000-002-01-00023000

**Observación:** OC. 332-2020-FAHM

**Vendedor:** OFICINA

**Fecha:** 18/06/2020

**Forma de Pago:** Crédito

**Fecha Vence:** 02/08/20

Codigo	Und	Cant	Bon	Lote#	Descripcion	Bod	Precio	Reb y Desc Otorgado	ISV	Total
01-005-0057	UND	1,150	0	17.11.1391	MIDAZOLAM 50 MG 10 ML FCO	001	101.05	0.00	0	116,207.50

**ORIGINAL**

HOSPITAL MARIA  
 ESPECIALIDADES PEDIATRICAS  
 FECHA: 31/8/2020  
 HORA: 10:42am  
 RECIBIDO POR CAJA

Droguería Americana  
**ENTREGADO**  
 POS: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_

CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS SIETE LEMPIRAS CON 50/100

**Importe Exonerado:** 0.00  
**Importe Exento:** 116,207.50  
**Importe Gravado:** 0.00  
**Rebaja y Descuento Otorgado:** 0.00  
**ISV 15%:** 0.00  
**Total a Pagar L.:** 116,207.50

**Autorizado Por**

**Revisado Por**

**Firma y Sello del Cliente**

Importante: Estimado cliente revise la mercadería en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL:CLIENTE COPIA:OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

www.damericana.com

La factura es beneficio de todos, "Exijala"

Solicitud de Cotización/Proceso: 161-2020-FAHM

Objeto de la Solicitud de Cotización: Medicamentos para pacientes de Covid-19 y tratamiento Catracho.

Presupuesto Estimado: L. 365,000.00

Fecha de Evaluación: 16 de Junio de 2020

Actividad POA y PAC: Objeto del Gasto 35210-COVID 19

**EVALUACIÓN TÉCNICA**

Item	Descripción	DROGUERIA AMERICANA	
		CUMPLE	NO CUMPLE
1	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración: IV, IM.	X	

**EVALUACIÓN ECONÓMICA**

Item	Descripción	Cantidad	Presentación	DROGUERIA AMERICANA	
				Precio Unitario	Precio Total
1	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración: IV, IM.	1200	Vial	L 101.05	L 121,260.00
sub- total					L. 121,260.00
Impuesto S/Venta 15%					
Total					L. 121,260.00

Condiciones de Paço	Transferencia /Crédito 30 Días
Vencimiento	Vence 11/2021
Tiempo de Entrega	Inmediata

**Observaciones:** Se invitó a cotizar a Farmacia Siman, Drogueria Americana, Helifarma, Francesca, Drogueria Farsiman, Pharmaetica, Pharmed Sales, Universal, Menfar, Dromeinter, Saimed, Drogueria Guardado, Eyl Comercial, Farinter, Drogueria Promesa, Corinfar y Drogueria Proconsumo. Se recomienda adjudicar a Drogueria Americana ya que cumple con las especificaciones solicitadas y esta de entrega inmediata, dicho medicamento es de suma importancia adquirir ya que es urgente para los pacientes de COVID19.

COMITÉ EVALUADOR



Rosa Dufon  
Jefe de Farmacia



Stephany Bustillo  
Oficial de Adquisiciones

Iveth Amador  
Jefe de Control interno

SOLICITUD DE COMPRA

No. 161-2020-FAHM

Fecha: 15/06/2020

1. Unidad Solicitante: DGC-Farmacia

2. Motivo de Compra: Medicamento solicitado para edificios COVID, UCI de adultos y complemento Tx Catracho.

3. Presupuesto Estimado: L.365,000.00 4. Tiempo de Entrega 5. Prioridad:  Alta  Media  Normal

6. ITEMS A COMPRAR				
ITEM	ODDIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
	220022	Midazolam (clorhidrato) 5mg/ml VIAL (10 mL): Solución inyectable de Midazolam (clorhidrato) 5mg/mL, en vial protegido de la luz de 10mL. Administración:IV,IM.	1200	Vial
	nuevo	Bemiparina 3500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.2 ml contiene 3,500 UI bemiparina sódica	700	jeringa prellenada
	nuevo	Bemiparina 7500: Jeringa prellenada: solución inyectable en jeringas precargadas. Cada jeringa de 0.3 ml contiene 7,500 UI de bemiparina sódica	450	jeringa prellenada
Observaciones: Se contempla para 40 días del consumo COVID.				

Se Requiere:  Imagen  Muestra  Especificación Técnica

7. Nombre, cargo y firma del solicitante

[Firma manuscrita]

8. Vo. Bo. con nombre, cargo y firma del Jefe Inmediato

[Firma manuscrita] [Firma manuscrita] [Sello circular: HOSPITAL MARIA ESPECIALIDADES PLASTICAS DIRECCION GESTION CLINICA]

9. Vo. Bo. con nombre y firma de Almacén General (Si aplica)

[Espacio vacío]

10. Control Presupuestario.

Presupuesto:  Bajo Techo  Sobre Techo  Excedentes  Objeto de Gasto: 35210 COVID19 Firma de Tesorería: KAREN YANETH AGUIRIANO AVILA 2020.06.17 10:02:29 -0500 Firma de DAF: CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA 2020.06.17 15:06:48 -0600

11. Vo. Bo. con nombre y firma de la Jefatura de Cadena de Suministros y Gerencia General

Jefe de Cadena de Suministros [Firma manuscrita] Gerencia General [Firma manuscrita] [Sello circular: HOSPITAL MARIA ESPECIALIDADES PLASTICAS JEFE DE CADENA DE SUMINISTROS] Digitally signed by JACQUELINE FLEFIL LARACH Date: 2020.06.17 17:17:20 -06'00'

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

12. Solicitud de Cotización

[Espacio vacío]