

Nota No. 2020-0194-GG-FAHM

Tegucigalpa, M.D.C., 10 de diciembre 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 | Incluido del 03 al 09 de diciembre |
| 4. | Contrataciones de servicios | No aplica- no se realizaron |
| 5. | Presupuesto asignado | No aplica- último cierre enviado |
| 6. | Donaciones recibidas | No aplica- no se realizaron |

En el siguiente link podrán descargar los documentos soporte:

https://hospitalmaria-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jflefil_hospitalmaria_org/EjwjQ_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



Fundación Amigos del Hospital María

Unidad Ejecutora para la Apertura y Puesta en Marcha del Hospital María, Especialidades Pediátricas

Orden de Compra / Servicios



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

Teléfono: (504) 2238-0900

Correo Electrónico: adquisiciones@hospitalmaria.org

Proceso:	324-2020-FAHM-BID
Orden de Compra No:	631-2020-FAHM
Fecha de Compra:	17/11/2020
Condiciones de Pago:	CREDITO A 15 DIAS
Código de la Actividad:	35210 COVID-BID

A favor de: **DROGUERIA RISCHBIETH S.A.**

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

Covid-19

					LEMPIRAS		
Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	180009	120	VIAL	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE 5g/50ml, DE SOLUCION CONTIENE INMUNOGLOBULINA HUMANA, CAJA CONTIENE FRASCO AMPOLLA VIAL CON SOLUCION. VIA DE ADMINISTRACION: INTRAVENOSA POR INFUSION EN SUS EXCIPIENTES NO DEBERA DE CONTENER MALTOSA NI NINGUN DERIVADO DEL AZUCAR.	L. 10,945.00		L. 1,313,400.00
OBSEVACIONES:					Sub Total		L. 1,313,400.00
					Descuento		
					Imp/Ventas		
Periodo de Garantía:	VENCIMIENTO DEL MEDICAMENTO MAYO 2022				Total	L. 1,313,400.00	
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
Laura Castro
Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA AMADOR AGUILAR
Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.11.17 15:18:43 -06'00'

Revisado por
Iveth Amador
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente por
LIGIA LIZETH MONTOYA ZEPEDA
Fecha: 2020.11.17 15:35:41 -06'00'

Aprobado por
Ligia Montoya
Jefe de Cadena de Suministros

YESENIA YAMILETH VALLEJO LAINEZ
Firmado digitalmente por YESENIA YAMILETH VALLEJO LAINEZ
Fecha: 2020.11.17 15:52:27 -06'00'

Revisado DAF
Claudia Hernandez

Original : Proveedor
Cc1: Almacén
Cc2: Contabilidad
Cc3: CD Suministros

SOLICITUD DE COMPRA

No. 324-2020-FAHN-BID

Fecha: 04/11/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL MEDICAMENTOS
2. Motivo de Compra: MEDICAMENTOS FRACASADOS EN PROCESO DE FIDEICOMISO ALP No FBC-2019-009 IRCC DE FECHA 02.11.2020 Y QUE CORRESPONDIAN A LA SO No 08-2020-FAHM-BID
3. Presupuesto Estimado: L 1,016,051.11
4. Tiempo de Entrega: INMEDIATO
5. Prioridad: Alta Normal

8. ITEMS A COMPRAR				
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	180009	INMUNOGLOBULINA humana Fiparinmune 5p/50mL CADA 50 / 50 ML DE SOLUCIÓN CONTIENE INMUNOGLOBULINA HUMANA. CAJA CONTIENE FRASCO + AMPOLLA (VIAL) CON SOLUCIÓN, VIA DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA POR INYECCIÓN EN SUS EXCIPIENTES NO DEBERIA DE CONTENER MALTOSA NI NINGUN DERIVADO DEL AZÚCAR	120	VIAL
2	220022	MIDAZOLAN (clorhidrato) 5mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE DE MIDAZOLAM (CLORHIDRATO) 5MG/ML EN VIAL COLOR AMBAR PROTEGIDO DE LA LUZ DE 10ML ADMINISTRACIÓN IV,IM.	600	VIAL
3	200015	TIORICICLINA 60 MG POLVO ESTÉRIL, PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE, EN VIAL DE 10 ML ADMINISTRACIÓN IV	50	VIAL
4	100015	ALBUMINA HUMANA 25% (250MG/ML) CADA LITRO DE SOLUCIÓN INYECTABLE NO PIROGENICA CONTIENE ALBUMINA HUMANA 250 DRAMOS (SOLUCIÓN CON 250 G DE PROTEÍNA PLASMÁTICA / L CON AL MENOS 95% DE ALBUMINA HUMANA) ... EXCIPIENTES C.S.F. CAJA CONTENENDO FRASCO + VIAL CON 50 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE	50	FRASCO VIAL
5	180018	IMPENEM (MONOHIDRATO) 600MG + CILASTATINA (SÓDICA) 600 MG POLVO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE DE IMPENEM (MONOHIDRATO) 500 MG Y CILASTATINA (SÓDICA) 500MG, EN VIAL ADMINISTRACIÓN IV	1000	VIAL
6	220010	METOCLOPRAMIDA 5 MG / ML SOLUCIÓN INYECTABLE DE 5MG/ML DE METOCLOPRAMIDA. AMPOLLA AMBAR DE 2ML ADMINISTRACIÓN IV, IV.	500	AMP
7	100077	ACETAMINOFEN 10 MG / ML SOLUCIÓN INYECTABLE CON 10 MG / ML DE ACETAMINOFEN EN VIAL DE 100ML ADMINISTRACION IV	100	VIAL

Observaciones:

Se Requiere: Ingen Técnico Especialista Técnico

7. Nombre, cargo y firma del solicitante

[Firma]
ENCARGADO DE ALMACEN

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

[Firma]
JEFE DE CADENA DE SUMINISTROS

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

[Firma]

10. Control Presupuestario

Presupuesto: Bajo Techo Sobre Techo Excedentes

Objeto de Bono: 35210 COVID-BID

Firma de Tesorería: *[Firma]*

Firma de DAS: *[Firma]*

Firmado digitalmente por CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA
Fecha: 2020.11.13 17:55:49 -06'00'

11. Vo. Bo. con nombre y firma de la Jefe/as de Cadena de Suministros y Gerencia General

Jefe de Cadena de Suministros: *[Firma]*

Gerencia General: *[Firma]*

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

12. Solicitud de Cotización

[]



Fundación Amigos del Hospital María
Evaluación de Ofertas



Solicitud de Cotización/Proceso: 324-2020-FAHM

Objeto de la Solicitud de Cotización: MEDICAMENTO FRACASADO EN EL PROCESO DE FIDEICOMISO ALP No. FBO 2019-009 IRCC DE FECHA 02.11.2020, QUE CORRESPONDIA A LA SC No.08-2020-FAHM-BID

Presupuesto Estimado: L.1,016.051.11

Fecha de Evaluación: 17 de Noviembre del 2020

Actividad POA y PAC: 35210

EVALUACIÓN TÉCNICA

Item	Descripción	DROGUERIA RISCHBIETH	
		CUMPLE	NO CUMPLE
1	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE 5g/50ml, DE SOLUCION CONTIENE INMUNOGLOBULINA HUMANA, CAJA CONTIENE FRASCO-AMPOLLA VIAL CON SOLUCION. VIA DE ADMINISTRACION: INTRAVENOSA POR INFUSION EN SUS EXCIPIENTES NO DEBERA DE CONTENER MALTOSA NI NINGUN DERIVADO DEL AZUCAR.	X	

EVALUACIÓN ECONOMICA

Item	Descripción	Cantidad	Presentación	DROGUERIA RISCHBIETH	
				Precio Unitario	Precio Total
1	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE 5g/50ml, DE SOLUCION CONTIENE INMUNOGLOBULINA HUMANA, CAJA CONTIENE FRASCO-AMPOLLA VIAL CON SOLUCION. VIA DE ADMINISTRACION: INTRAVENOSA POR INFUSION EN SUS EXCIPIENTES NO DEBERA DE CONTENER MALTOSA NI NINGUN DERIVADO DEL AZUCAR.	120	VIAL	L 10,945.00	L 1,313,400.00
	Sub-Total				L 1,313,400.00
	Descuento				
	Imp/Ventas				
	Total				L 1,313,400.00

Condiciones de Pago

CREDITO 15 DIAS

Tiempo de Entrega

Inmediata

Observaciones: Se invito a Cotizar a las Droguerías: RISCHBIETH, SERVIMEDICA, FRANCESCA, UNIVERSAL, AMERICANA, EYL COMERCIAL, LETERAGO, FARINTER, DROMEINTER Y PROCONSUMO. RECIBIENDOSE UNICAMENTE LA COTIZACION DE DROGUERIA RISCHBIETH. SE RECOMIENDA ADJUDICAR A DROGUERIA RISCHBIETH, LA CUAL CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS TECNICOS Y EL TIEMPO DE ENTREGA SOLICITADO, CABE MENCIONAR QUE EL MEDICAMENTO RESULTO FRACASADO EN PROCESO DE COMPRA POR FIDEICOMISO No. ALP FBO 2019-009 INFORME RECIBIDO EL 02.11.2020, SE TIENE LA URGENCIA DE INGRESO INMEDIATO POR LA NECESIDAD DE PACIENTE INGRESADO UCI.

Comité de Evaluación:

Rosa Duron
Jefe de Farmacia

Laura Castro
Oficial de Adquisiciones

Iveth Amador
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR
MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.11.17 15:17:38
0107



BARRIO: COLONIA PALMIRA
 CALLE: BOULEVARD MORAZAN, CASA No. 5/N
 MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL
 DEPARTAMENTO DE CORTES
 TELEFONO: 2232-3305 - 2235-5355

VILLA EUGENIA 18 AVE
 13 Y 14 CALLE SUR OESTE
 SAN PEDRO SULA
 DEPARTAMENTO DE CORTES
 TEL: 2594-6545



FACTURA No.
 000-002-01-00046207

NOMBRE DEL CLIENTE: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA
 RESPONSABLE: DR. HUGO DANILLO DODDY
 DIRECCION: ANILLO PERFORADO CONT. RES. SUYARITA
 TELEFONO: 22362920 R.T. No. 00019002261388 CODIGO CLIENTE: 104489
 POBLACION: Distrito Central E-MAIL:
 USUARIO SAN KAVIUEZ HORA DE IMPRESION: 09:34:17

elasa@familiar.ht
 info@drorisa.com
 COPIA - ARCHIVO

R.T.N. 00019002261388

ROUTA DE ENTREGA: No. PEDIDO: 2401302
 FECHA DE FACTURA: 18.11.2020 ORDEN DE COMPRA: 641-2020-84MM
 FECHA DE VENCIMIENTO: 18.12.2020 COND. DE PAGO: Credito 30 dias *
 REFERENCIA SAP: 7200021121 No. DE NOTA DE ENTREGA: 008017575
 VENDEDORES: 558 CORRADOR: 050 P-PAGO:
 CAJ: 3562CC-8RCP90-634286-81A735-0262CB-F1 FECHA LIMITE EMISION: 12/03/2011 ✓

Unidad	Codigo	Descripcion	Codigo barra	Precio Publico Seguido L.	Precio Unitario L.	Descuentos y Rebajas	Descuento Ser. Edad	ISV	NO*	Importe L.
120 UNO.	10015238	MM/NOGLOBULINA HUMANA HIFERIMUNE S G / 50 ML	7612377004272		30,945.00					1,311,400.00

HOSPITAL MARIA
 ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
 18 NOV 2020
 RECIBIDO
 Eldeci Hernandez
 Alex Ponce

MERCADEPIA REFRIGERADA
 NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

RECIBIDO CONFORME
 Por: _____ Nombre
 Firma: _____
 Temperatura Recibida: _____
 Fecha: _____

DROGUERIA RISCHBIETH, S.A.
 P.BX: 2232-3386
 TEL: 2239-3381
 VENTAS
 R.T.N. 00019002261388
 TEGUCIGALPA, C.D.

HOSPITAL MARIA
 ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
 FECHA: 23/11/2020
 HORA: 3:03 pm
 RECIBIDO POR CAJA

Observaciones: COMPRA DIRECTA No. 651-2020-FAHM
 Recibo mercaderia completa y en buenas condiciones.

Cantidad de Unidades: 120 UNO/
 Firma y Sello de Responsable: _____ Fecha de Recibido: _____

Importe Exonerado	Valor Exento	Valor Gravable		Sub Total	Descuentos y Rebajas	Descuento Ser. Edad	I.S.V.		Total a Pagar
		35%	18%				35%	18%	
-	1,311,400.00	-	-	1,311,400.00	-	-	-	-	1,311,400.00

Yo, FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA Debo y Pagare a DROGUERIA RISCHBIETH
 La cantidad arriba indicada, al 18.11.2020 En caso de mora, recibiré 4.50% de interes mensual * No derivativo.
 Para efectos del presente, fijo mi domicilio en la ciudad D. RISCHBIETH, a cuyos tribunales me someto en lo de lo cual firmo.
 Original Cliente/ copia Obligado Tributarlo Emitir/Copia Archivo D/C Exenta:
 La Factura es beneficio de todos ¡EXIJALA!
 Reg. SAG: Contancia Reg. Exonerado/CD:

DESCUENTO SOBRE LA PUNTA DEL TRIBUTARIO DE ENTREGA - COMPRA DIRECTA
 VALOR PAGO POR CADA UNIDAD DE ENTREGA DEL PRODUCTO CONFORME MAS LOS DATOS QUE ORIGINAN ESTAR OBLIGADO A PAGAR.

REVISO DESPACHADO ENTREGADO AUTORIZADO



Fecha Imp.: 19/11/2020
Hora Imp.: 08:33:59
No. Página: 1

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

Proveedor: 010113	No. de Embarque: EM00001945	Asiento:
Nombre: DROGUERIA RISCHBIETH, S.A.	Orden de Compra: OC00001101	
Observaciones:		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
180009	INMUNOGLOBULINA humana hiperinmune 5g/50m	NO	SI	VIAL	AG02	10,945.00	1,313,400.00	P100242766	30/06/2023	120.00	120.00
Total							1,313,400.00				



ENCARGADO DEL ALMACEN



PROVEEDOR



Fundación Amigos del Hospital María
Departamento de Adquisiciones

SOLICITUD DE COTIZACIÓN 324-2020-FAHM-BID

Proveedor:	Bolcitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección:	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapán
Teléfono:	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto:	Correo Electrónico: lcastro@hospitalmaria.org
Fecha: 05/11/2020	Persona a Contactar: Laura Castro

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

Item	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	182009	INMUNOGLOBULINA humana hiperimmune 5g/50ml. CADA 50 / 50 ML DE SOLUCIÓN CONTIENE INMUNOGLOBULINA HUMANA. CAJA CONTIENE FRASCO - AMPOLLA (VAL) CON SOLUCIÓN. VÍA DE ADMINISTRACIÓN: INTRAVENOSA POR INFUSIÓN.	VIAL	120	L. 10,945.00	L. 1,313,400.00
2	220022	MIDAZOLAN (clorhidrato) 5mg/1ml SOLUCIÓN INYECTABLE DE MIDAZOLAM (CLORHIDRATO) 5MG/ML. EN VIAL. COLOR AMBAR PROTEGIDO DE LA LUZ DE 10ML. ADMINISTRACIÓN: IV, IM.	VIAL	600	—	—
3	290015	TIGECICLINA 50 MG, POLVO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE. EN VIAL DE 10 ML. ADMINISTRACIÓN: IV.	VIAL	50	—	—
4	100016	ALBÚMINA HUMANA 25% (250mg/ml) CADA LITRO DE SOLUCIÓN INYECTABLE NO PIROGENICA CONTIENE ALBUMINA HUMANA 250 GRAMOS (SOLUCIÓN CON 250 G DE PROTEINA PLASMÁTICA CON AL MENOS 95% DE ALBUMINA HUMANA). EXCIPIENTES C.S.P. CAJA CONTENIENDO FRASCO -VIAL CON 50ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE	FRASCO VIAL	50	L. 1,078.43	L. 53,921.50
5	100018	IMPENEM (MONOHIDRATO) 500 MG+ CILASTATINA (SODICA) 500MG POLVO ESTÉRIL PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE DE IMPENEM (MONOHIDRATO) 500 MG + CILASTATINA (SODICA) 500 MG, EN VIAL ADMINISTRACIÓN IV	VIAL	1000	—	—
6	220010	METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE DE 5 MG/ML DE METOCLOPRAMIDA AMPOLLA AMBAR DE 3ML ADMINISTRACIÓN IM, IV	VIAL	500	L. 16.83	L. 8,415.00
7	100077	ACETAMINOFEN ENDOVENOSO 1% (100ml) (ACETAMINOFEN 10 MG / ML) SOLUCIÓN INYECTABLE CON 10 MG / ML DE ACETAMINOFEN EN VIAL DE 100ML, ADMINISTRACIÓN: IV	VIAL	100	—	—

ULTIMA LINEA

Observaciones: Medicamentos con vencimiento no menor a 12 meses, entrega inmediata	Sub Total	L. 1,375,736.50
	15% ISV	L. 0.00
	Total	L. 1,375,736.50

Contacto: e-mail: _____

Fecha límite para presentar cotización: **JUEVES 12 de NOVIEMBRE 2020, 2:00 p.m.**

Especificar valides de la Oferta: **30 Dias**

Especificar Tiempo de Entrega: **Inmediata**

Especificar Condiciones de Pago: **Credito 15 dias**

Especificar Periodo de Garantía: _____

Se Requiere: Muestra Imagen Especificaciones

FIRMA DEL SOLICITANTE:

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR:

ARMERERIA RISCHEITH S.A. DRORISA
 PBX: 2232-3306
 TEL. 2239-3381
 R.T.N.
 08019002361388
 PASADUALPA, HONDURAS, C.A.

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 SuR. 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.

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

Teléfono: (504) 2236-0900

Correo Electrónico: adquisiciones@hospitalmaria.org

Proceso:	333-2020-FAHM
Orden de Compra No:	635-2020-FAHM
Fecha de Compra:	18/11/2020
Condiciones de Pago:	Crédito 30 días/Transferencia
Código de la Actividad:	35210COVID19

A favor de: FARMACIA SIMAN

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	505006	2	LATA	FÓRMULA PARCIALMENTE HIDROLIZADA (HIPOALERGENICA)	L. 612.00		L. 1,224.00
Condiciones:					Sub Total		L. 1,224.00
					Impuesto S/Venta 15%		
Periodo de Garantía:					Total	L. 1,224.00	
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 Moncada



Elaborado por
Stephany Bustillo
Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA
AMADOR AGUILAR

Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.11.18 10:36:47
0000

Revisado por
Iveth Amador
Jefe de Control Interno



Firmado digitalmente por
LIGIA LIZETH MONTOYA
ZEPEDA
Fecha: 2020.11.19 14:13:14
-06'00'

Aprobado por
Ligia Montoya
Jefe de Cadena de Suministros

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



Firmado digitalmente por
CLAUDIA RISCARDA HERNANDEZ
FIGUEROA
Fecha: 2020.11.19 13:58:15 -06'00'

Revisado DAF
Claudia Hernandez

Lot: 100927768

EXP: 15-07-2021

Leches solicitadas
por FDU para PX
de la sala UCIP.



Super Farmacia Simán S.A
BVD.: SUYAPA, COL. FLORENCIA SUR, TEGUCIGALPA, Tegucigalpa,
TEGUCIGALPA

Oficina Principal
BARRIO EL BENDUE, CALLE 5 y 6AVE. CASA NO. 2 BLOQUE S/N,
MUNICIPIO. SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO. CORTES, SAN PEDRO
SULA

Tels.: 2241-0043, 3260-6612 Fax: 2516-1184
R.T.H.: 03219999180979

Correo Representante Legal: representantelegal@farmasi.com

FACTURA

C.A.I.: 630FEB-392B3C-144CA3-667598-66845E-B3

Factura: 129-003-01-00871351

Rango Autorizado:

129-003-01-00800001 a 129-003-01-00950000

Fecha Límite de Emisión: 15-07-2021

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.H. / Ident.: 08019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No. Orden de Compra Exenta:

No. Constancia Reg. Exonerado:

No. Registro SAG:

Código: 588815

Fecha: 16/10/2020 Hora: 2:09 pm Vence: 15/11/2020

Días plazo: 30 % Abono: 0.00

Agente: TERESA YAMALI ROCHA LAGOS

Cliente: C1050-0045 - FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARI

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SUYAPITA

FUNDACION AMIGOS DE HOSPITAL MARIA | FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	%D	Total L.
Estante: 8				
Est.: 8 NUTRICIA HOLANDA				
NUTRILON PEPTI JUNIOR LATA 400G				
2 LT	612.00	1,224.00	0.00	1,224.00
# Art.: 1				
	Importe Exonerado L.:			0.00
	Importe Exento L.:			1,224.00
	Importe Gravado 18% L.:			0.00
	Importe Gravado 15% L.:			0.00
	SubTotal Antes Descuento L.:			1,224.00
	Descuentos por Producto L.:			0.00
	Descuentos Tercero Edad L.:			0.00
	Descuentos y Rebajos L.:			0.00
	Subtotal L.:			1,224.00
	Impuesto Selectivo 10% L.:			0.00
	I.S.V. 15% L.:			0.00
	Abono L.:			0.00
	Total L.:			1,224.00
	Saldo L.:			1,224.00

Valor en Letras: UN MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO (EMPIRAS)



Hospital María, Especialidades Pediátricas

Departamento de Farmacoterapia

Hospital María
Ministerio de Salud



RECETA MEDICA

Médico: Diego Javier Sánchez Cuervo

Nº 482892

Especialidad: Medicina general

FECHA

No. de Registro: 13626

16/10/2020

Paciente: Nikyssa Ponsenceth Rodríguez Mayorga

Edad: 1 año y 1 mes No. Expediente: 0801-2019-15958

Sexo: F

No. de Cama:

Unidad de Gestión Clínica - Sala: UCIP COVID-19 - Edificio B

Consulta Externa:

Rx:

Peptijunio - 15ml c/3 horas

1 lata

FIRMA Y SELLO

RECETA MÉDICA

Médico: Diego Javier Sánchez Cuera **Nº 482891**
Especialidad: Medicina General
No. de Registro: 15626

Paciente: Alexandra Luceth Pinola Machado
Edad: 1 año 11 meses No. Expediente: 031501600744
Sexo: F No. de Cama:

Unidad de Gestión Clínica / Sala: UCIA COVID-19 - Edificio A

Consulta Externa:

Rx.

Peptijunior 15ml c/3horas
1 ktc



FIRMAY SELLO



HOSPITAL MARIA

*** MOVIMIENTOS AL INVENTARIO ***

Fecha: 16/10/2020

Hora: 02:58:31PM

Usuario: EHERNAND

Fecha:	16/10/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000000952	Asiento:	CI00009687		
Tipo:	Comp Caja Chica	Ingresado por:	CI/EHERNANDE	Aprobado por:	EHERNANDEZ

Página 1 de 1

ARTICULO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	LOTE	FECHA VEN.	Costo Unit.	Total
505006	FÓRMULA PARCIALMENTE HIDROLIZADA (HIPOALERGENICA)	LAT	2.00	10092776E	15/07/2021	612.00	1,224.00
Total						L.	1,224.00

Referencia: COM-952// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" PARA PX DE SALA UCIP, ALEXA PINDEA Y MILAGROS RODRIGUEZ EXPED: 0321-2015-00774,0801-2019-15958 RESPECTIVAMENTE, SEGUN FACTURA N.129-003-01-00871351



Fundación Amigos del Hospital María
Departamento Cadena De Suministros
GG/D-CDS/R-01/V-003



No. 333-2020-FAHM

Fecha: 12/11/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL

2. Motivo de Compra: COMPRAS MENORES DE MEDICAMENTOS MEDIANTE CREDITO CON FARMACIA SIMÁN (COVID-19)

3. Presupuesto Estimado: L. 1,224.00

4. Tiempo de Entrega: INMEDIATA

5. Prioridad: Alta
 Media
 Normal

14. ÍTEMS A PAGAR				
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	50500G	FÓRMULA PARCIALMENTE HIDROLIZADA (HIPOALERGENICA)	2	LAT
Observaciones:				

Se Requiere: Imagen Muestra Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante

ELDER HERNÁNDEZ/ AUXILIAR DE ALMÁCEN

Elder Hernández

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

JONY SUAZO/ COORDINADOR DE ALMACÉN COVID-19

Jony Suazo

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

12. Control Presupuestario.

Presupuesto: Bajo Techo
 Sobre Techo
 Excedentes

Objeto de Gasto: 35210 COVID19

Firma de Tesorería

SAREN YANETH
AGUIRANO
AVILA
2020.11.13
15:37:04 -0500

Firma de DAF

Firmado digitalmente por
CLAUDIA BECARRA
HERNANDEZ FIGUEROA
Fecha: 2020.11.13
17:46:15 -0500

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

Jefe de Cadena de Suministros



Firmado digitalmente por LUZETH
LUZETH MONTOYA ZEPEDA
Fecha: 2020.11.13 16:13:46 -0500

Gerencia General



PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

14. Solicitud de Cotización

**REPORTE COMPRAS DE CAJA CHICA FARMACIAS SIMAN
DE 07 NOVIEMBRE A 11 NOVIEMBRE DEL 2020**

Fecha	Descripción	Referencia	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Forma de Pago	Documento	Área Solicitante
16/10/2020	FÓRMULA PARCIALMENTE HIDROLIZADA (HIPOALERGENICA)	Medicamento Utilizado, PX Alexa Pineda y Milagros Rodriguez, Sala UCIP Covid-19.	2.00	L 612.00	L 1,224.00	Caja Chica	COM-952	Farmacia Dosis Unitaria
				TOTAL	L 1,224.00			

RESUMEN	
VALOR FACTURAS	L 1,224.00
DISPONIBLE EFECTIVO	



N

HOSPITAL MARIA
***** MOVIMIENTOS AL INVENTARIO *****

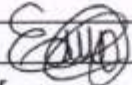
Fecha: 16/10/2020
Hora: 02:58:31PM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	16/10/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000000952	Asiento:	CI00009687		
Tipo:	Comp Caja Chica	Ingresado por:	CI/EHERNANDE	Aprobado por:	EHERNANDEZ

Página 1 de 1

ARTICULO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	LOTE	FECHA VEN.	Costo Unit.	Total
505006	FÓRMULA PARCIALMENTE HIDROLIZADA (HIPOALERGENICA)	LAT	2.00	10092776E	15/07/2021	612.00	1,224.00
Total							L. 1,224.00

Referencia: COM-952// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" PARA PX DE SALA UCIP, ALEXA PINDEA Y MILAGROS RODRIGUEZ EXPED: 0321-2015-00774,0801-2019-15958 RESPECTIVAMENTE; SEGUN FACTURA N.129-003-01-00871351

Elda Hernández 	
Entregado Por	Recibido Por