

Nota No. 2021-0016-GG-FAHM

Tegucigalpa, M.D.C., 28 de enero de 2021

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, donde se solicita que la **Fundación Amigos Del Hospital María** con el *"propósito de actualizar el Portal Único de Transparencia COVID-19 y realizar las respectivas publicaciones de todas las actividades realizadas con fondos para la Emergencia Nacional COVID-19 y de cumplir con el Artículo 13 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"*, envíe semanalmente la siguiente información:

1. Contratación de personal
2. Licitaciones públicas y privadas
3. Compras menores.
4. Contrataciones de servicios
5. Presupuesto asignado
6. Donaciones recibidas

Por este medio se confirma que para el periodo del **21 al 27 de enero** del presente, se presenta informe de las **Compras** realizadas, la **Contratación del Personal** y se recibieron **Donaciones en Especie**.

Encontrará la documentación soporte en el siguiente link:

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,

(Por Delegación)



Firmado digitalmente
por RICARDO RAMON
MALDONADO FUNES
Fecha: 2021.01.28
21:21:00 -06'00'

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: Antio Periférico, Contiguo a Residencial Sayapita
Teléfono: (504) 2236-0900
Correo Electrónico: adquisi@hospitamar.org

Proceso: 205-2020-FAHM
Orden de Compra No: 567-2020-FAHM
Fecha de Compra: 27/10/2020
Condiciones de Pago: Crédito 30 días/Transferencia
Código de la Actividad: 30100-Covid19

A favor de: **Leoplast S. de R.L**

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

PDHM COVID19
SESAL

					LEMPIRAS		
Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1		1200	Rolls	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18" x 24" Polietileno de baja densidad, , 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200, Estamos requiriendo Baja Densidad.	L 15.60	L 2.34	L 18,720.00
2		1350	Rolls	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, , 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200, Estamos requiriendo Baja Densidad.	L 13.85	L 2.08	L 18,711.00
3		150	Cajitas de 200 vasos	Vasos desechables Conteos de papel Capacidad 4.50 Oz (Caja de 5000 Unidades)	L 39.00	L 5.85	L 5,850.00
OBSERVACIONES: Item 1 Medidas 22 X32					Sub Total		L 43,281.00
					Impuestos		L 6,492.15
Periodo de Garantía:					Total		L 49,773.15
Tiempo de Entrega:					Las Bolsas 40 dias habiles y los demas entrega inmediata		

☒ Servicio de Bases y Fajos Menor
☐ Servicio General de Medicamentos e Insumos
☐ Servicio de Papelería y Utiles de Oficina
☐ Servicio de Luminarias Generales

Nombre del Solicitante:

Cinthya Perez

Elaborado por
Stephany Duxtillo
 Oficial de Adquisiciones

IVETH MARIA
 AMADOR AGUILAR

Firmado digitalmente por IVETH MARIA AMADOR AGUILAR
 Fecha: 2020.10.28 11:21:16 -06'00'

Revisado por
Iveth Amador
 Jefe de Control Interno



Firmado digitalmente por LIZBETH MONTOYA ZEPEDA
 Fecha: 2020.10.28 12:16:05 -06'00'

Aprobado por
Liza Montoya
 Jefe de Cadena de Suministros

Revisado OAF
Claudia Hernandez

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

#####

Fundación Amigos del Hospital María
Departamento de Adquisiciones

SOLICITUD DE COTIZACIÓN 286-2020-FAHM-COVID

Proveedor: FON & VEL S. DE R.L.	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: COL. 30 DE NOVIEMBRE BLOQUE B CASA #3	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: 2221-2886 Fax:	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto: Francis Nuñez e-mail:	Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org
Fecha: 20-10-2020	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	Precio Total
3	4144	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18" x 24" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	24	L 1,289.00	L 30,936.00
4	4166	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	27	L 1,643.00	L 44,361.00
5	4163	Cloro Líquido Uso limpieza hospitalaria de 5.5 % concentración (Barril de 55 Galones)	Barril	12	L 2,143.00	L 25,716.00
6	4143	Guante descartable de Nitrilo ofrecen mayor resistencia a la punción. Se fabrican a partir de polímeros sintéticos. Por otro lado ofrecen una resistencia química elevada, y la superficie microrrugosa y sin polvo proporciona un alto confort (Talla M). Grosor mínimo de 6 milésimas de pulgada.	Caja con 10 cajitas de 50 pares (500 pares)	15	N/A	N/A
8	4129	Papel Toalla para Manos, En Rollo para uso en dispensadores (6 Rollos en cada fardo x 500 mts de largo) se requiere doble hoja alta resistencia	Fardo 6 rollos	68	N/A	N/A
8	4138	Vasos desechables Conicos de papel Capacidad 4.50 Oz (Caja de 5000 Unidades)	Caja 5,000 vasos	6	N/A	N/A
Observaciones:					Sub Total	L 101,013.00
					15% ISV	L 11,294.55
					Total	L 112,307.55

Contacto:	e-mail:	Martes 20 de Octubre 2020, 2:00 p.m.
Fecha límite para presentar cotización:		30 Días
Especificar valides de la Oferta:		2-5 días con O/C
Especificar Tiempo de Entrega:		Credito de 30 días
Especificar Condiciones de Pago:		6 meses.
Especificar Periodo 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

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.



☒ SI

☐ NO

SOLICITUD DE COMPRA

No. 286-2020-FAHM

Fecha: 01/10/2020

1. Unidad Solicitante: SERVICIOS GENERALES

2. Motivo de Compra: Pandemia COVID-19 / Edificios A,B,C,D,E/ 3 meses

3. Presupuesto Estimado: L 190,708,07

4. Tiempo de Entrega: Inmediata

5. Prioridad: ☒ Alta
☐ Media
☐ Normal

40. ITEMS A COMPRAR				
No. ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	4144	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18"X24"	24	Fardo
2	4166	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24"X32"	27	Fardo
3	4163	Claro Liquido	12	Barril
4	4143	Guantes descartable de Nitrilo	15	Caja
5	4129	Papel Toalla para Manos	66	Unidad
6	4138	Vasos Desechables Cónicos de Papel	6	Caja

☒ Original ☐ Muestra ☐ Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante

Cinthya Perez

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

Lic. Monica Contreras

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

12. Control Presupuestario.

Presupuesto: ☐ Bajo Techo
☒ Sobre Techo
☐ Excedentes

Objeto de Gasto

39100
COVID19

Firma de Tesorería

Firma de DAF

Firmado digitalmente por
CLAUDIA VICARIO
GERENTE DE COMPRAS
Fecha: 2020.10.16
Hora: 10:23

Jefe de Cadena de Suministros



Firmado digitalmente por
LIGIA LIZETH
MONTAYA ZEPEDA
Fecha: 2020.10.14
09:10:36 -06'00'

Gerencia General





Digitally signed by
JACQUELINE
FLEFLI LARACH
Date: 2020.10.20
10:23:20 -06'00'

PARA USO EXCLUSIVO DEL AREA DE ADQUISICIONES

14. Solicitud de Cotización

SOLICITUD DE COTIZACIÓN 286-2020 FAHM COVID

Proveedor: AZ COMERCIAL S DE R.L.	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: TEGUCIGALPA	Dirección: Anillo Periférico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: 22310629	Fax:
Contacto: DRA FLOR ARITA e-mail: flor.arita@azcomercial.com	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org	Persona a Contactar: Stephany Bustillo
Fecha: 20 octubre del 2020	

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	Precio Total
1	4144	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18" x 24" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200, Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	24	1250.00	30,000.00
2	4166	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200, Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	27	1250.00	33,750.00
3	4163	Cloro Líquido Uso limpieza hospitalaria de 5.5 % concentración (Barril de 55 Galones)	Barril	12	1980.00	23,760.00
4	4143	Guante descartable de Nitrilo ofrecen mayor resistencia a la punción. Se fabrican a partir de polímeros sintéticos. Por otro lado ofrecen una resistencia química elevada, y la superficie microrrugosa y sin polvo proporciona un alto confort (Talla M). Grosor mínimo de 6 milésimas de pulgada.	Caja con 10 cajitas de 50 pares (500 pares)	15	3500.00	52,500.00
5	4129	Papel Toalla para Manos, En Rollo para uso en dispensadores (6 Rollos en cada fardo x 500 mts de largo) se requiere doble hoja a alta resistencia	Fardo 6 rollos	68	690.00	46,920.00
6	4138	Vasos desechables Conicos de papel Capacidad 4.5 Oz (Caja de 5000 Unidades)	Caja 5,000 vasos	6	1200.00	7,200.00

Observaciones: Ítem 3 exento de ISV

SE DEBERE DEVOLVER BARRIL VACIO DE CLORO

Sub Total	L 194,130.00
15 % ISV	25,555.50
Total	L 219,685.50

Contacto: e-mail:

Fecha límite para presentar cotización:

Martes 20 de Octubre 2020, 2:00 p.m.

Especificar valides de la Oferta:

30 Dias

Especificar Tiempo de Entrega:

Entrega inmediata

Especificar Condiciones de Pago:

credito

Especificar Periodo 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

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



FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

☐ SI ☐ NO

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 AdquisicionesFundación Amigos del Hospital María
Departamento de Adquisiciones

SOLICITUD DE COTIZACIÓN 286-2020 FAHM COVID

Proveedor: Leoplast S de RL	Solicitante: Fundación Amigos del Hospital María
Dirección: Barrio Pueblo Nuevo	Dirección: Anillo Periferico, contiguo a Residencial Suyapita
Teléfono: 2236-2515 Fax:	Tel: 2236-0900 Ext. 11317
Contacto: Keyla Marcos e-mail: marketing@leoplast.com	Correo Electrónico: sbustillo@hospitalmaria.org
Fecha: 19 de octubre de 2020	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.

Item	Código	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	4144	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18" x 24" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	24	15.60	18,720.00
2	4166	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0,18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	Fardo o paquete de 50 rollos	27	13.86	18,711.00
3	4163	Cloro Líquido Uso limpieza hospitalaria de 5.5 % concentración (Barr. de 55 Galones)	Barril	12	2,080.00	25,000.00
4	4143	Guanle descartable de Nitrilo ofrecen mayor resistencia a la punción. Se fabrican a partir de polímeros sintéticos. Por otro lado ofrecen una resistencia química elevada, y la superficie microrrugosa y sin polvo proporciona un alto confort (Talla M). Grosor mínimo de 6 milésimas de pulgada.	Caja con 10 cajitas de 50 pares (500 pares)	15	—	—
5	4129	Papel Toalla para Manos, En Rollo para uso en dispensadores (6 Rollos en cada fardo x 500 mts de largo) se requiere doble hoja alta resistencia	Fardo 6 rollos	68	231.58	94,483.74
6	4138	Vasos desechables Conicos de papel Capacidad 4.50 Oz (Caja de 5000 Unidades)	Caja 5,000 vasos	6	39.00	5,800.00

Observaciones: **Papel toalla colzaado es rollo por 305 metros**
A vaso conico de papel colzaado capacidad 4.5oz

Sub Total	162,844.74
15% ISV	20,664.71
Total	183,509.45

Contacto: **Keyla Marcos** e-mail: **marketing@leoplast.com**

Fecha límite para presentar cotización:

Martes 20 de Octubre 2020, 2:00 p.m.

Especificar valides de la Oferta:

30 Dias

Especificar Tiempo de Entrega:

En el caso de la bolsa 40 días hábiles, demás productos entrega inmediata

Especificar Condiciones de Pago:

Credito 30 días

Especificar Período de Garantía:

Se Requiere:

☐ No ☒ Si

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

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 declara que 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: CN3354
Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA
Forma de pago: C - 30 DIAS

Fecha: 15/10/2020
Hora: 5:20PM
Asesor: J - DANIA PEREZ

COTIZACION:210010377

Artículo	Descripción	Unidad	Cant	Precio	Total
1003797	BOLSA P/BASURA ROJA HOSPITALARIA 18X24 ROLLO (12 UNIDAD		576	LPS 35.70	LPS 20,563.20
1003368	BOLSA P/BASURA ROJA HOSPITALARIA 24X32 PQTE (125 UNIDAD		540	LPS 53.55	LPS 28,917.00
1003319	CLOROMAC GLN	UNIDAD	660	LPS 47.20	LPS 31,152.00
1001918	GUANTE NITRILO CAJITA (GN-675L)	UNIDAD	180	LPS 408.00	LPS 73,440.00
1004324	TOALLA ROLLO ADV HD (70017334)	CAJA 6	68	LPS 993.65	LPS 67,568.20
1003679	VASO CONICO (42R-A) (13412)	UNIDAD	150	LPS 45.05	LPS 6,757.50

Fecha de vencimiento: 15/11/2020

% Descuento: 0.00

Subtotal: LPS 228,397.90

I.S.V. 15% LPS 29,586.89

Total: LPS 257,984.79

COTIZACION #286-2020

Solicitud de Cotización/Proceso:

204-2020-FAHM

Objeto de la Solicitud de Cotización: Pandemia COVID19-Edificios A,B,C,D,E / 3 Meses

Presupuesto Estimado: L.190,708.07

Fecha de Evaluación: 26 de Octubre del 2020

Actividad POA y PAC: 39100-Covid19

EVALUACIÓN TÉCNICA

Item	Descripción	MACDEL		Leoplast S. de R.L.		AZ Comercial		FON&VEL	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0.18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	X		X		X		X	
2	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0.18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	X		X		X		X	
3	Cleto Líquido Uso limpieza hospitalaria de 5.5 % concentración (Baril de 55 Galones)		X		X		X		X
4	Guante desechable de Nitrilo ofrecen mayor resistencia a la punción. Se fabrican a partir de polímeros sintéticos. Por otro lado ofrecen una resistencia química elevada, y la superficie microtexturada y un polvo proporciona un alto confort (Talla M). Grosor mínimo de 6 milímetros de espesor.	X			X	X			X
5	Papel Toalla para Manos. En Rollo para uso en dispensadores (6 Rollos en cada fardo x 500 mts de largo) se requiere doble hoja alta resistencia	X		X		X			X
6	Vasos desechables Conicos de papel Capacidad 4.50 Oz (Caja de 5000 Unidades)		X	X		X			X

EVALUACIÓN ECONOMICA

Item	Descripción	Cantidad	Presentación	Cantidad Ofertada	MACDEL		Cantidad Ofertada	Leoplast S. de R.L.		Cantidad Ofertada	AZ Comercial		FON&VEL									
					Precio Unitario	Precio Total		Precio Unitario	Precio Total		Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total								
1	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 18" x 24" Polietileno de baja densidad, 0.18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	24	Fardo o paquete de 50 rollos	578	L	35.70	L	20,563.20	1200 Rollos	L	15.60	L	18,720.00	24	L	1,250.00	L	30,000.00	L	1,289.00	L	30,935.00
2	Bolsas para desechos hospitalarios color rojo 24" x 32" Polietileno de baja densidad, 0.18 mm grosor mínimo, calibre mínimo 200. Estamos requiriendo Baja Densidad. Favor enviar muestras	27	Fardo o paquete de 50 rollos	540	L	53.55	L	28,917.00	1350 Rollos	L	13.86	L	18,711.00	27	L	1,250.00	L	33,750.00	L	1,843.00	L	44,361.00
3	Cleto Líquido Uso limpieza hospitalaria de 5.5 % concentración (Baril de 55 Galones)	12	Baril				L	-	12					12					L	2,143.00	L	25,716.00
4	Guante descartable de nitrilo ofrecen mayor resistencia a la punción. Se fabrican a partir de polímeros sintéticos. Por otro lado ofrecen una resistencia química elevada, y la superficie microtexturada y sin polvo proporciona un alto confort (Talla M). Grosor mínimo de 6 milímetros de espesor.	15	Caja con 10 cajas de 50 pares (500 pares)	180 Cajas	L	408.00	L	73,440.00	15				15 Cajas de 10 cajas	L	3,500.00	L	52,500.00					
5	Papel Toalla para Manos, En Rollo para uso en dispensadores (6 Rollos en cada fardo x 500 mts de largo) se requiere doble hoja alta resistencia	60	Fardo 6 rollos	600 Cajas de 6	L	991.65	L	67,568.20	400	L	231.58	L	94,484.84	L	58.00	L	690.00	L	46,920.00			
6	Vasos desechables Conicos de papel Capacidad 4.50 Oz (Caja de 5000 Unidades)	6	Caja 5,000 vasos	150	L	45.00	L	6,750.00	150	L	39.00	L	5,850.00	L	6.00	L	1,200.00	L	7,200.00			
	Sub-Total						L	197,238.40				L	137,765.64				L	170,370.00			L	101,013.00
	Impuestos						L	29,585.76				L	20,664.85				L	25,555.50			L	11,294.55
	Total						L	226,824.16				L	158,430.49				L	195,925.50			L	112,307.55

Condiciones de Pago

Transferencia/ Crédito 30 Días

Transferencia/ Crédito 30 Días

Transferencia/ Crédito 30 Días

Transferencia/ Crédito 30 Días

Tiempo de Entrega

Inmediata

Las Bolsas 40 días hábiles y los demás entrega inmediata

Inmediata Observación se debe devolver el baril vacío item 3.

2-5 Días / Garantía de 6 Meses

Observaciones: Se invita a Cotizar a FON&VEL, AZ Comercial, MACDEL, Leoplast. El proveedor Leoplast no cumple el item 3 ya que cotiza en presentación de galón y AZ Comercial el item 3 no cumple ya que solicita que se entregue el baril vacío y cotiza al mismo precio histórico, dicho precio antes ya incluía el baril. Se recomienda adjudicar de la siguiente manera:

PROVEEDOR	ITEMS	MONTO	ISV	TOTAL
Leoplast S. de R.L.	1, 2 y 6	L. 43,281.00	L. 6,492.15	L. 49,773.15
FON&VEL	3	L. 25,716.00		L. 25,716.00
AZ Comercial	4 y 5	L. 99,420.00	L. 14,913.00	L. 114,333.00
				L. 189,822.15

Comité de Evaluación:

IVETH MARIA
AMADOR AGUILARFirmado digitalmente por IVETH
MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.10.28 11:19:49
-06'00'Iveth Amador
Jefe de Control interno

Oficial de Adquisiciones

Supervisora de Logística y Servicios Generales

No. 2476

Suministros Generales

Fecha: 11-01-2020

Almacén: General de Luperón
 Número de Orden de Compra/Factura: 32379
 Nombre de quien recibe: Cristina Perez / Algodino Rios
 Proveedor: Leopoldo
 Nombre de quien entrega: Jose Flo Sanchez

[illegible]

X

Embalaie:

Requerimientos especiales del la OC:

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES
orden de compra N. 537-2020-FAHM
unidades 1,350 = 29.5 pards

C. Arken perus
Firma Encargado del Almacén



Jose Sanchez
Firma del Proveedor

Fundación Amigos del Hospital María

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

Orden de Compra / Servicios

Hospital María
Calle 1, Centro, Tegucigalpa

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

Teléfono: (504) 2236-0900

Correo Electrónico: adquisiciones@hospitalmaria.org

Proceso:	350-2020-FAHM-BID
Orden de Compra No:	662-2020-FAHM
Fecha de Compra:	07/12/2020
Condiciones de Pago:	TRANSFERENCIA / CREDITO 30 DIAS
Código de la Actividad:	35210-COVID-BID

A favor de: PHAR MED SALES HONDURAS

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

COVID-BID

Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	LEMPIRAS		
					Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	170013	232	VIAL	HEPARINA (SODICA) 5,000 UL/ML	L. 130.00		L. 30,160.00
OBSERVACIONES:					Sub Total		L. 30,160.00
					Descuento		
					Imp/Ventas		
					Total	L.	30,160.00

Período de Garantía:

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 Montaña

IVETH MARIA
AMADOR AGUILAR

Firmado digitalmente por IVETH
AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.12.18 10:00:07
+06'00'

Revisado por
Iveth Amador
Jefe de Control Interno

por Wendy Molinero

Aprobado por
Ligia Montoya
Jefe de Cadena de Suministros

Firmado digitalmente por CLAUDIA
RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA
Fecha: 2020.12.18 14:15:40 -06'00'

Revisado DAF
Claudia Hernández

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

Elaborado por
Laura Castro
Auxiliar de Adquisiciones

Solicitud de Cotización/Proceso: 360-2020-FAHM-BID

Objeto de la Solicitud de Cotización: Abastecer de este Medicamento al Almacén General OC- 662

Presupuesto Estimado: L.12,642.31

Fecha de Evaluación: 04 de Diciembre, 2020

Actividad POA y PAC:

EVALUACIÓN TÉCNICA

Ítem	Descripción	PHAR MED SALES HONDURAS		SUPER FARMACIA SIMAN	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	HEPARINA SODICA 5000 UL/ML	X		X	

EVALUACIÓN ECONOMICA

Ítem	Descripción	Cantidad	Presentación	PHAR MED SALES HONDURAS		SUPER FARMACIA SIMAN	
				Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total
1	HEPARINA SODICA 5000 UL/ML	232	VIAL	L 130.00	L 30,160.00	L 192.40	L 44,636.80

Tiempo de Vencimiento

JULIO 23

Condiciones de Pago

Transferencia/ Crédito 30 Días

Transferencia/ Crédito 30 Días

Tiempo de Entrega

INMEDIATA

INMEDIATA

Observaciones: Se envió solicitud de cotización a los siguientes Proveedores: FINLAY, KARNEL, DICOSA, EYL, RISCHBIETH, DROMEINTER, AGENCIA MATAMOROS, PROCONSUMO, entre otras, Se recomienda Adjudicar la compra a PHAR MED SALES HONDURAS, ya que cumple con lo requerido y ofrece un producto de calidad a mejor precio.

Comité de Evaluación:

Rosa Montaña
Coordinadora de Almacén

Laura Castro
Auxiliar de Adquisiciones

IVETH MARIA
AMADOR AGUILAR

Firmado digitalmente por IVETH
MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2021.01.28 12:11:08
-05'00'
Iveth Amador
Jefe de Control Interno

Cliente
Fundacion Amigos del Hospital Maria

Fecha	N.Docto
2/12/2020	

A continuacion detallamos cotizacion por usted solicitada:

Condiciones de Pago		Validez de la Oferta		Tiempo de Entrega			
Contado		15 días		INMEDIATA			
CODIGO	DESCRIPCION	CANT	UNID	PRECIO	IMPTO	TOTAL	
1	HEPARINA SODICA 5000 UI	232	VIAL	L. 130.00	EXE	L.	30,160.00
2						L.	-
3						L.	-
4						L.	-
5						L.	-
6						L.	-
7						L.	-
8						L.	-
Observaciones: VENCIMIENTO: JULIO 23 LOTE: C20U087				SUB TOTAL		L.	30,160.00
				DESCTO.....			
				GASTOS ADICIONALES.....			
				IMPUESTO.....			
				TOTAL.....		L.	30,160.00

Sin otro particular,

Atentamente,

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





6 Ave 5 Calle S.O. Bo. El Benque
Apartado Postal: 116 San Pedro Sula Honduras
Tel: PBX 2557-5210, 2553-0321 Fax: 2516-1184
supersiman@farsiman.com

03/12/2020

No. Cotización: 10016

Tegucigalpa
FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

A continuación detallamos la cotización en la forma siguiente:

Productos	Cant	Precio Cotizado	Total	Vence
INHEPAR 5000 UI/ML(HEPARINA)(ND)(NP)	232	L. 192,40	L. 44,636.80	jun-23
Ultima Linea				
Total de la Cotización:			L. 44,636.80	

Nota: Esta cotización es válida por 5 días.

Nota:

A la espera de su positiva respuesta le saludamos

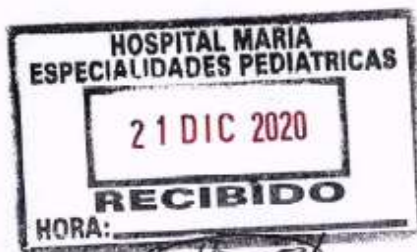
Atentamente,

TERESA ROCHA
JEFE MAYOREO ZC | SUPER FARMACIA SIMAN
TEL. 2241-0067
CEL. 3216-3537

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE ALMACÉN

Proveedor: 010155	No. de Embarque: EM00002002	Asiento:
Nombre: PHAR MED SALES HONDURAS S.A	Orden de Compra: OC00001129	
Observaciones:		

Artículo	Descripción	C. Compro.	R. Sanitario	U/M	Bodega	Costo Unit.	Costo Total	Lote	Vencimiento	Cantidad Requerida	Cantidad Recibida
170013	HEPARINA (sódica) 5,000UI/mL	NO	SI	VIAL	AG	130.00	30,160.00	C20G113	30/08/2023	232.00	232.00
Total							30,160.00				




ENCARGADO DEL ALMACÉN




PROVEEDOR

SOLICITUD DE COMPRA

No. 360-2020-FAHM-811

Fecha: 01/12/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACÉN GENERAL

2. Motivo de Compra: COMPRA POR MOTIVOS DE AUMENTO DE CONSUMO EN SALAS COVID-19 POR FALTA DE ENOXAPARINA SÓDICA EN STOCK

3. Presupuesto Estimado: L. 12,642.31 4. Tiempo de Entrega: INMEDIATA 5. Prioridad: ☒ Alta ☐ Media ☐ Normal

6. ITEMS A COMPRAR					
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	170013	Heparina (sódica) 5,000u/ml	Heparina (sódica) 5,000u/ml	232	VIAL
Observaciones: ENTREGA INMEDIATA					

Se Requiere: ☒ Imagen ☐ Muestra ☐ Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante
José Luis Ramos/ Almacén General

10. Vo. Bo. con nombre, cargo y firma del Jefe Inmediato
Rosa Moncada/ Coordinación Almacen General

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 COVID-RID Firma de Tesorería:  Firma de DAF:  Firmado digitalmente por CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA

13. Vo. Bo. con nombre y firma de la Jefatura de Cadena de Suministros y Gerencia General
Jefe de Cadena de Suministros:  Gerencia General:  Digitaly signed by JACQUELINE FLEIL LARACH Date: 2020.12.02 15:17:10 -06'00'

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS
14. Solicitud de Cotización

Wendy Melinero.
HOSPITAL MARIA ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
ADQUISICIONES
RECIBIDO
FECHA 01.12.2020



PHAR MED SALES HONDURAS S. A.

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
Bd. GUAMIUTO, 2DA CALLE ENTRE 10 Y 11 AVENIDA, EDIFICIO
PLAZA CRISTAL, LOCAL #10
TELS: 2552 6187
R. T. N. 07019995204280

Rango Autorizado:000-001-01-00026001 al 000-001-01-00029000
CAI AD866A-1B676A-B1468F-A0F65E-532B68-3D

FACTURA

Fecha	No. Pag
21/12/2020	1
N. Factura	
000-001-01- 00028253	

Cliente: C00251

Fundacion Amigos del Hospital Maria

Anillo periferico, contiguo a residencial suyapita ciudad

Tegucigalpa Distrito Central

RTN: 08019005012023

Enviar A:

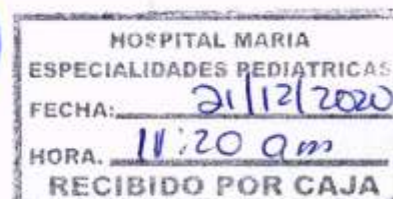
Orden de Compra/Adjudicacion	Solicitado por	Vencimiento	Termino de Pago
		20/01/2021	30 Días

Contacto	Fecha Contabilizacion	Ejecutivo de Ventas
		Kenya Guevara

Claudia Berganza/Wendy Guzman 21/12/2020

Codigo	Descripción	Und	Bodega	Cant	Precio Unit	Total
4000399	HEPARINA (SODICA) 5,000 UL/ML	VIAL	01	232	130.00	30,160.00

ORIGINAL



MONTO EN LETRAS: **Treinta mil ciento sesenta Lempiras**

Datos del Adquiriente N. Orden de Compra Exenta _____
Exonerado: N. Const. de Registro Exonerada _____
N. Registro de la SAG _____

- TODA FACTURA AL CREDITO NO SE CONSIDERA CANCELADA SI NO ESTA
ACOMPAÑADA DE SU RESPECTIVO COMPROBANTE DE PAGO
- DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO SE COBRARA 3.5% DE INTERES
POR MORA MENSUAL
- NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE PRODUCTOS
ENTREGADOS CON FECHA DE VENCIMIENTO MAYOR
A 2 AÑOS

Correo: nsoto@pharmedsales.com / FLE: 25/03/2021

Original: Cliente

Copia 1: Obligado Tributario Emisor/Contabilidad - Copia 2: Facturacion - Copia 3: Almacen

SUB TOTAL	LPS	30,160.00
IMPORTE GRAVADO 15%	LPS	0.00
IMPORTE GRAVADO 18%	LPS	
IMPORTE EXENTO	LPS	30,160.00
FLETE Y SEGURO	LPS	0.00
I.S.V 15%	LPS	0.00
I.S.V 18%	LPS	
DESCTO Y REBAJAS OTORGADOS	LPS	0.00
TOTAL	LPS	30,160.00

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

Proceso: 390-2020-FAHM-BID
Orden de Compra No: 007-2021-FAHM
Fecha de Compra: 11/11/2021
Condiciones de Pago: Crédito 30 días/Transferencia
Código de la Actividad: 35210-COVID-19 **Sesal**

A favor de: **FARMACIA SIMAN**

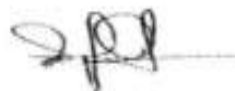
Estimados señores nos complace dirigir la presente Orden de Compra para la adquisición que detallamos a continuación:

					LEMPIRAS		
Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	130004	114	VIAL	DEXAmetasona (fosfato) Iv 8mg/2ml	L 24.63		L. 2,807.44
2	130015	30	VIAL	DIFENHIDRAMINA (CLORHIDRATO)	L 57.95		L. 1,738.50
3	220029	21	VIAL	METRONIDAZOL 500MG VIAL	L 83.74		L. 1,758.54
4	320000	60	TAB	WARFARINA (SÓDICA) 5MG	L 5.46		L. 327.60
Condiciones:					Sub Total		L. 6,632.08
					Impuesto S/Venta 15%		
					Total		L. 6,632.08
Periodo de Garantía:							
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: 2021.01.11 12:14:03 -06'00'

Revisado por
Iveth Amador
Jefe de Control Interno

Firmado digitalmente por LIGIA LIZETH MONTOYA ZEPEDA
Fecha: 2021.01.14 16:22:43 -06'00'



Aprobado por
Ligia Montoya
Jefe de Cadena de Suministros

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



Firmado digitalmente por CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ FIGUEROA
Fecha: 2021.01.14 14:48:43 -06'00'

Revisado DAF
Claudia Hernandez

No. 390-2020-FAHM

Fecha: 21/12/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL

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

3. Presupuesto Estimado: L. 6,832.08

4. Tiempo de Entrega INMEDIATA

5. Prioridad: ☒ Alta
☐ Media
☐ Normal

14. ITEMS A PAGAR

ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	130004	DEXAMETASONA (fosfato) iv 8mg/2ml	114	VIAL
2	130015	DIFENHIDRAMINA (CLORHIDRATO)	30	VIAL
3	220029	METRONIDAZOL 500MG VIAL	21	VIAL
4	320000	WARFARINA (SÓDICA) 5MG	60	TAB
Observaciones:				

Se Requiere: ☐ Imagen ☒ Muestra ☒ Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante

ELDER HERNÁNDEZ/ AUXILIAR DE ALMACEN

Elder Hernández

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

JONY SUAZO/ COORDINADOR DE ALMACEN COVID-19

Jony Suazo

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

12. Control Presupuestario.

Bajo Techo ☐
Presupuesto: Sobre Techo ☒
Excedentes ☐

Objeto de Gasto 35210
COVID-BID

Firma de Tesorería

KAREV YANCHI
AGUIRRE
AVILA
2021.01.13
14:25:19 -05'00'

Firma de DAF

29-12-2020
Fondos Covid

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

Jefe de Cadena de Suministros

Gerencia General

Firmado digitalmente por
JACQUELINE FLEIL LARACH
Fecha: 2021.01.15 10:46:20 -05'00'

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

14. Solicitud de Cotización

Lote: 1910337A
EXP: 10/22



Super Farmacia Siman S.A

SEDE: SITAPTA COL.FLORENCIA SUR, HUCUGALPA., Tegucigalpa
TEGUIGALPA

Oficina Principal

BARRIO EL BIRQUE, CALLE 5 y 6AVE, Casa N° 2 BIRQUE S N
MUNICIPIO SAN PEDRO NOLA, DEPARTAMENTO, ORTIZ SAN PEDRO
SOL

Tel.: 2241 0043 3260-6617

Fax: 2516-1134

* T.N.: 05019999180979

Certificado de Representación Legal: Representación Legal de Super Farmacia Siman S.A.

FACTURA

C.A.I.: 630116-392831-144(A3-E67598-66845E-83

Factura: 129-003 01-00807202

Rango Autorizado:

129-003 01-00600001 a 129-003 01-00950000

Fecha límite de Emisión: 15-01-2021

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Copias del Cliente

R.I.N. Ident.: 08019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Emisor

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exento.

No Constancia Reg. Exonerado.

No Registro SAF:

Código: 604740

Fecha: 17-12-2020 Hora: 1:09 pm Vencido: 16-01-2021

Días plazo: 50 *p Abono: 0.00

Agente: DOMS MENDOZA LANGUAI

Cliente: 01950-0045 FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Ciudad: HUCUGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SITAPITA

- FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Preio I	Subtotal I	P.D. Total I
Estante: 5			
Est.: 5 VIJOSA			
METRONIDAZOL I.V. 100 ML ¹			
23 FC	121.35	2,548.35	3,099
# Art: 1			
Importe Exonerado I:			0.00
Importe Exento I:			2,548.35
Importe Gravado 18% I:			0.00
Importe Gravado 15% I:			0.00
Subtotal antes Descuento I:			2,548.35
Descuentos por Producción I:			789.81
Descuentos por Venta al Público I:			0.00
Descuentos y Rebajas I:			789.81
Subtotal I:			1,758.54
Impuesto Selectivo 18% I:			0.00
I.S.V. 15% I:			0.00
Abono I:			0.00
Total I:			1,758.54

Saldo I: 1,758.54

Lote: 090975
EXP: 09/22



Super Farmacia Simán S.A.
BVD. SUYAPA, COL. FLORENCIA SUR, TECUCIGALPA, Tegucigalpa,
D. C. HONDURAS

Oficina Principal
BARRIO EL BENIGNO, CALLE 5 y AVE. CASA NO. 2, BLOQUE 5 H
MUNICIPIO SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO CORTEZ SAN PEDRO
SULA

Tels: 2241-0043 3260-6612 Fax: 2536-1184
R.T.N.: 05019999160979

Correo Representante Legal: representantelegal@farmasim.com

FACTURA

C.A.I.: 6306EB 39283C 144CA3 E62598 66845E 83

Factura: 129-003-01-00803420

Rango Autorizado:

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

Fecha límite de Emisión: 15.01.2021

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N. Ident: 00019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exento.

No Constancia Reg. Exonerado.

No Registro SAG:

Código: 600864

Fecha: 02-12-2020 Hora: 12:51 pm Vence: 02-01-2021

Días plazo: 30 % Abono: 0.00

Agente: DENNIS CALIX CALIX

Cliente: CF050-0045 - FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Ciudad: TECUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIA SUYAPITA

FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	%D.	Total L.
Estante: 28				
Est.: 28 PIERSAN				
WARFARINA SODICA 5 MG X 1 TABLETA				
60 UN	7.80	468.00	30.00	327.60
# Art.: 1		Importe Exonerado L:		0.00
		Importe Exento L:		468.00
		Importe Gravado 18% L:		0.00
		Importe Gravado 15% L:		0.00
		Subtotal Antes Descuento L:		468.00
		Descuentos por Producto L:		140.40
		Descuentos Tercera Edad L:		0.00
		Descuentos y Rebajas L:		140.40
		Subtotal L:		327.60
		Impuesto Selectivo 18% L:		0.00
		I.S.V. 15% L:		0.00
		Abono L:		0.00
		Total L:		327.60
		Saldo L:		327.60

Valor en letras: TRESCIENTOS VEINTISIETE CEMPRESA CON
SESENTA CENTAVOS

Observaciones Especiales:



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

Fecha: 04/12/2020
Hora: 09:56:47AM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	04/12/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000001000	Asiento:	CI00010037		
Tipo:	Comp Caja Chica	Ingresado por:	CI/EHERNANDE	Aprobado por:	EHERNANDEZ

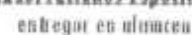
Página 1 de 1

ARTICULO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	LOTE	FECHA VEN.	Costo Unit.	Total
320000	WARFARINA (sódica) 5 mg	TAB	60.00	09975	30/09/2022	5.46	327.60
						Total	L. 327.60

Referencia: COM-1000// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" PARA USO EN PX: HECTOR MUNGUIA, EXPEDIENTE N.1807-2003-00323, DEL EDIFICIO "D" UCIP, SALAS COVID-19, SEGUN FACTURA N.129-003-01-00883420



Elde Hernández	
Entregado Por	Recibido Por



Job: 00000023
EXP: 08/23
at end

Lote: 040K20

EXP: 11/2024

87 UND

Lote: 036J20

EXP: 10/2024

27 UND



Super Farmacia Simán S.A.
BLVD. SUSANA DEL HIGÜENITO SUR, TEGUCIGALPA, Tegucigalpa
TEGUCIGALPA
Oficina Principal
BARRIO EL BERQUE CALLE 3 y AVE CASA NO. 2 BLOQUE 5 N
MUNICIPIO SAN PEDRO SULA DEPARTAMENTO LANTEROS SAN PEDRO
SULA
Tels.: 2241-0043 3260-6612 Fax: 2516-1184
R.T.R.: 05019999180979
Circulo Representante Legal: representantelegal@siman.com.hn

FACTURA

C.A.I.: 630FEB 392837-144CA3 162598 66845E 83

Factura: 129 003 01-00006279

Rango Autorizado:

129-003-01-00000001 a 129-003-01-00950000

Fecha Límite de Emisión: 15/01/2021

Original Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N. Ident: 00019005012073

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exento:

No Constancia Reg. Exonerado:

No Registro SAG:

Código: 603744

Fecha: 14/17/2020 Hora: 9:34 am Venia: 13/01/2021

Otro plazo: 30 Abono: 0.00

Agente: DENNIS CALIX CALIX

Cliente: CF00-0045 FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SUYAPIA

FUNDACION AMIGOS DE HOSPITAL MARIA FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	V.D. Total L.	
Estante: 3				
Est: 3 ANDIFAR				
ANDIDEXA BMG 2ML X 3 AMP L.M L.V				
38	CI	106.76	4,056.88	30.60
# Art: 1		Importe Exonerado L.		0.00
		Importe Exento L.		4056.88
		Importe Gravado 1d% L.		0.00
		Importe Gravado 15% L.		0.00
		Subtotal Antes Descuento L.		4,056.88
		Descuentos por Producción L.		1,249.44
		Descuentos Tercera Edad L.		0.00
		Descuentos y Rebajas L.		1,249.44
		Subtotal L.		2,807.44
		Impuesto Selectivo 18% L.		0.00
		I.S.V. 15% L.		0.00
		Abono L.		0.00
		Total L.		2,807.44
		Saldo L.		2,807.44

Valor en Letras: DOS MIL OCHOCIENTOS SIETE TEMPERA, CON CUARENTA Y CUATRO CENTAVOS



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

Fecha: 17/12/2020
Hora: 16:28:47
Usuario: EHERNAND

Fecha:	17/12/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000001009	Asiento:	C100010125		
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
220029	Metronidazol 500 mg VIAL	VIAL_B	21.00	1910337A	30/10/2022	83.74	1,758.54
						Total	L. 1,758.54

Referencia: COM-1009// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" MEDIANTE CREDITO PARA USO EN EL PX: ABIMELEC AGUILERA OYUELA, DEL EDIFICIO "E" DE LAS SALAS COVID-19, SEGUN FACTURA N. 129-003-01-00887282



Elder Hernandez	
Entregado Por	Recibido Por



HOSPITAL MARIA

*** MOVIMIENTOS AL INVENTARIO ***

Fecha: 14/12/2020
Hora: 11:50:13
Usuario: EHERNAND

Fecha:	14/12/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000001006	Asiento:	CI00010101		
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
130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml	VIAL	87.00	040K20	30/11/2024	24.63	2,142.52
130004	DEXAmetasona (fosfato) IV 8mg/2ml	VIAL	27.00	036J20	30/10/2024	24.63	664.92
						Total	L. 2,807.44

Referencia: COM-1006// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMCIAS SIMAN" SOLICITADO POR FARMACIA DE DOSIS UNITARIA, PARA USO EN LAS SALAS COVID-19, SEGUN FACTURA N.129-003-+01-00886279



Elder Hernández	
Entregado Por	Recibido Por



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

Fecha: 10/12/2020
Hora: 13:40:52
Usuario: EHERNAND

Fecha:	10/12/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000001003	Asiento:	CI00010078		
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
130015	Difenhidramina (clorhidrato) 10mg/ml VIAL	VIAL	27.00	20030023	30/08/2023	57.95	1,564.65
130015	Difenhidramina (clorhidrato) 10mg/ml VIAL	VIAL	3.00	20030025	30/10/2023	57.95	173.85
						Total	L. 1,738.50

Referencia: COM-1003// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" MEDIANTE CREDITO PARA USO EN LAS SALAS COVID-19, SEGUN FACTURA N. 129-003-01-00885106

Elder Hernandez	
Entregado Por	Recibido Por



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 Suyárita
Ciudad Tegucigalpa, Distrito Central
Teléfono: (504) 2236-0900
Correo Electrónico: adquisiciones@hospitalmaria.org

Proceso:	355-2020-FAHM-BID
Orden de Compra No:	660-2020-FAHM
Fecha de Compra:	02/12/2020
Condiciones de Pago:	TRANSFERENCIA / CREDITO 30 DIAS
Código de la Actividad:	35210-COVID-BID

A favor de: **FARMACIA SIMAN**

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

					LEMPIRAS		
Item	Código del Artículo	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio Unitario	ISV Unitario	Total
1	120025	80	AMP-VIAL	Potasio(Cloruro) 20 Meg/10ml ampolla (ALTO RIESGO)	L. 36.55		L. 2,924.00
2	120033	40	AMP-VIAL	Potasio(Cloruro) 20 Meg/10ml ampolla (ALTO RIESGO)	L. 69.24		L. 2,769.79
3	900083	4	UND	AEROCAMARA	L. 127.77		L. 511.08
4	220024	60	TAB	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	L. 3.92		L. 235.27
OBSERVACIONES:					Sub Total		L. 6,440.14
					Descuento		
					Imp/Ventas		
Periodo de Garantía:					Total	L.	6,440.14
Tiempo de Entrega:		Inmediata					

Entregar en:
☐ Almacén de Bienes y Equipo Militar
☒ Almacén General de Medicamentos e Insumos
☐ Almacén de Papelería y Útiles de Oficina
☐ Almacén de Suministros Generales

Nombre del Solicitante: Rosa Moncada



Firmado digitalmente por
LIGIA LIZBETH MONTOYA
ZEPEDA
Fecha: 2021.01.07
12:47:49 -06'00'

Elaborado por
Lany Castro
Auxiliar de Adquisiciones

IVETH MARIA
AMADOR AGUILAR
Firmado digitalmente por IVETH
MARIA AMADOR AGUILAR
Fecha: 2020.11.18 15:29:57
+05'00'

Revisado por
Iveth Amador
Jefe de Control Interno

Aprobado por
Ligia Montoya
Jefe de Cadena de Suministros

Firmado digitalmente por
CLAUDIA RICARDA HERNANDEZ
PAGUERRA
Fecha: 2021.01.07 14:09:57 -05'00'

Revisado DAF
Claudia Hernandez

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



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

Fecha: 12/11/2020
Hora: 10:18:51AM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	12/11/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000000979	Asiento:	CI00009871		
Tipo:	Comp Caja Chica	Ingresado por:	CVEHERNANDE	Aprobado por:	EHERNANDEZ

Página 1 de 1

ARTICULO	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	LOTE	FECHA VEN.	Costo Unit.	Total
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	UMP_VI	12.00	190864A	30/07/2024	36.55	438.60
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	UMP_VI	3.00	1907266A	30/07/2024	36.55	109.65
						Total	L. 548.25

Referencia: COM-979// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMCIAS SIMAN" PARA ABASTECER STOCK DE FARMCIA DE DOSIS UNITARIA, USO EN PX: NUTRICIÓN PARENTERAL, SEGUN FACTURA N.129-003-01-00877936



Elder Hernandez	
Entregado Por	Recibido Por

No. 355-2020-FAHM-BID

Fecha: 30/11/2020

1. Unidad Solicitante: ALMACEN GENERAL

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

3. Presupuesto Estimado: L. 860.84

4. Tiempo de Entrega: INMEDIATA

5. Prioridad: ☒ Alta
☐ Medio
☐ Normal

14. ITEMS A PAGAR				
ITEM	CODIGO ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	280035	PIPERAZINA 22ML FRASCO	5	FCO
2	190016	GABAPENTINA 400MG	30	CAP
3	914000	OXIDO DE ZINC	2	UND
Observaciones:				

Se Requiere: ☐ Imagen ☒ Muestra ☒ Especificación Técnica

9. Nombre, cargo y firma del solicitante

ELDER HERNÁNDEZ/ AUXILIAR DE ALMACÉN

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

JONY SUAZO/ COORDINADOR DE ALMACEN COVID-19

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 COVID-BID

Firma de Tesorería

KAREN YANETH AGUIRRE
AYLA
2020.12.01
16:32:42 -0500

Firma de DAF

Firmado digitalmente por
CLAUDIA ESCARDA
HERNANDEZ FIGUEROA
Fecha: 2020.12.07
18:29:44 -0500

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

Jefe de Cadena de Suministros

Gerencia General

Digitally signed by
JACQUELINE FLEIL LARACH
Date: 2020.12.10 13:42:35
-0500

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CADENA DE SUMINISTROS

14. Solicitud de Cotización



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

Fecha: 18/11/2020
Hora: 12:14:40PM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	18/11/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-00000000000000984	Asiento:	CI00009908		
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
900063	AEROCAMARA	UND	4.00	64580	30/01/2022	127.77	511.08
						Total	L. 511.08

Referencia: COM-984// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" INSUMOS SOLICITADOS POR FDU PARA USO EN PACIENTES DE SALAS HMEP Y COVID-19, SEGUN FACTURA N.129-003-01-00879410



<i>Eldel Hernández</i>	
Entregado Por	Recibido Por

Lote: 190864A
EXP: 07/2024
12 UND

Lote: 1907266A
EXP: 07/2024
3 UND



Super Farmacia Simán S.A.
BLVD. SUTAPA, COL. FLORENCIA SUR, TEGUCIGALPA, Tegucigalpa,
DEPARTAMENTO DE YAMORO
Oficina Principal
BARRIO EL REMOL, CALLE 5 y 6AVE CASA NO. 2, MERQUE Y M.
MUNICIPIO SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO CORDES SAN PEDRO
SULA

Tel.: 2241 0043 3260 6612 Fax: 2516 1164
R.T.N.: 05019999160979

Catón Representante Legal: representantelegal@farmaciasimán.com

FACTURA

C.A.I.: 6301EB 39283C 144CA3 E6759B 66845E B3

Factura: 129-003-01-00877936

Rango Autorizado:

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

Fecha límite de Emisión: 15-01-2021

Original Cliente:

Copia: Obligado Tributario Emisor

Consumidor Final

Datos del Cliente

R.I.N. Ident:

Nombre:

Datos del Cliente: Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exento:

No Constancia Reg. Exonerado:

No Registro SAG:

Código: 595400

Fecha: 12/11/2020 Hora: 0:31 am Vencido: 12/12/2020

Días plazo: 30 % Abono: 0.00

Agente: DENNIS CALIX CALIX

Cliente: (1050 0045) FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO CONTIGUO A RESIDENCIAL SUTAPITA

FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	% O. Total L.
Estante: 5			
Est.: 5 y VIDUA			
CLORURO DE POTASIO VIALINE X 1 AMP. (ND)			
15 AP	43.00	645.00 (5.0)	548.19
# Art.: 1			
Importe Exonerado L.			0.00
Importe Exento L.			645.00
Importe Gravado 18% L.			0.00
Importe Gravado 15% L.			0.00
SubTotal Antes Descuento L.			645.00
Descuentos por Producto L.			96.75
Descuentos Tercera Edad L.			0.00
Descuentos y Rebajas L.			96.75
Subtotal L.			548.25
Impuesto Selectivo 18% L.			0.00
I.S.V. 15% L.			0.00
Abono L.			0.00
Total L.			548.25

L. 64 580
V. 5/V



Super Farmacia Simán S.A

BLVD. SUYAPA, COL. FLORENCIA SUR, TEGUCIGALPA., Tegucigalpa,

TEGUCIGALPA

Oficina Principal

BARRIO EL BENQUE, CALLE 5 y 6A VÉ, CASA NO. 2, BLOQUE 5/N

MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES, SAN PEDRO SULA

Tels.: 2241-0043 3260-6612

Fax: 2516-1104

R.T.N.: 05019999180979

Correo Representante Legal: representantelegal@siman.co

FACTURA

C.A.I.: 630EEB-392B3C-144CA3-E6259B-66845F-B3

Factura: 129-003-01-00879410

Rango Autorizado:

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

Fecha Límite de Emisión: 15-01-2021

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N. / Ident: 08019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No. Orden de Compra Exento:

No. Constancia Reg. Exonerado:

No. Registro SAG:

Código: 596874

Fecha: 17/11/2020 Hora: 1:59 pm Venca: 17/12/2020

Días plazo: 30 % Abono: 0.00

Agente: TERESA YAMALI ROCHA LAGOS

Cliente: CF050-0045 - FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARI

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SUYAPITA

- FUNDACION AMIGOS DE HOSPITAL MARIA / FUNDACION AMIG DEL HOSPITAL MARIA // SOLICITADO POR ELDER

	Precio L.	Subtotal L.	%D	Total L.
Estante: 13				
Est.: 13 CASSARA				
AEROMED ESPACIADOR P. AEROSOL INH				
4 UN	162.17	648.68	21.21	511.10
# Art: 1		Importe Exonerado L:		0.00
		Importe Exento L:		648.68
		Importe Gravado 18% L:		0.00
		Importe Gravado 15% L:		0.00
		SubTotal Antes Descuento L:		648.68
		Descuentos por Producto L:		137.60
		Descuentos Tercera Edad L:		0.00
		Descuentos y Rebajas L:		137.60
		Subtotal L:		511.08
		Impuesto Selectivo 18% L:		0.00
		I.S.V. 15% L:		0.00
		Abono L:		0.00
		Total L:		511.08
		Saldo L:		511.08

Valor en Letras: QUINIENTOS ONCE LEMPIRAS CON OCHO CENTAVOS

Int: JF5693

EXP: 05/2023

PX: Becket Joel

Bonilla Hernández

EXP: 1006-2004-00809

SALA HOSPITALIZACIÓN



Col America, esquina opuesta a la OAS, Tegucigalpa M.D.

TEL: 2241-0084

Chefina Principal

WARRIO II BARRIO (CALLE 5 y 6AVE. CASA RD - 2, BARRIO S.H.

MUNICIPIO: SAN PEDRO, SALA DEPARTAMENTO: CORTEZ, SAN PEDRO

SALA

Tels.: 2241-0084 3142 6018

Fax: 2516-1184

R.T.R.: 05019999160979

Correo Representante Legal: representante.egol@siman.co

FACTURA

C.A.I.: 525917 347853 524686 E96EDB EA31A5-BB

Factura: 185 001 01 00524784

Rango Autorizado:

185 001 01 00450001 a 185 001 01 00600000

Fecha Límite de Emisión: 03.01.2021

Original Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N. Ident.: 08019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exento:

No Constancia Reg. Exonerado:

No Registro SAG:

Código: 189232

Fecha: 20/11/2020

Hora: 2:47 pm

Vence: 20/12/2020

Días plazo: 30

*A Abono: 0.00

Agente: TEXESA YAMAIT ROLHA LAGOS

Cliente: 01050 0045 FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SOYAPITA

FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA SOLICITADI POR ELDER

	Precio L.	Subtotal L.	*A D.	Total L.
Estante: 6				
Est.: 6 MK MEDICAMENTOS				
METRONIDAZOL MK 500MG X 60 TABL				
1	CJ	351.14	351.14	35.00
# Art: 1				235.26
Importe Exonerado L:				0.00
Importe Exento L:				351.14
Importe Gravado 18% L:				0.00
Importe Gravado 15% L:				0.00
Subtotal Antes Descuento L:				351.14
Descuentos por Producto L:				115.88
Descuentos Tercero Edad L:				0.00
Descuentos y Rebajas L:				115.88
Subtotal L:				235.26
Impuesto Selectivo 18% L:				0.00
I.S.V. 15% L:				0.00
Abono L:				0.00
Total L:				235.26
Saldo L:				235.26

Valor en Letras: DOS-CIENTOS TREINTA Y CINCO CENTAVOS CON

44
21

Apollon S. Wilson

65

L. 191292A

V. 12-24 → 9

L. 2001124A

V. 01-25 → 9

L. 190864A

V. 07-24 → 3

Wilson
Arcin



Super Farmacia Simán S.A

DIVE SUTAPA COL HONORENIA SUR, TECUCIGALPA, Tegucigalpa,

TEGUCIGALPA

Oficina Principal

BARRIO EL BERRO CALLE 3 y AVE CASA NO. 2 BLOQUE 5 B,
MUNICIPIO SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO CORTEZ, SAN PEDRO
SULA

Tel: 2241 0943 3261 6612

Fax: 2516 1184

R.T.N.: 05019999180579

Código Representante 1 Equil. Representante 1 Equil. 2700000000

FACTURA

C.A.I.: 600118 397131 144025 62596 668458 B3

Factura: 129 003 01 00078187

Rango Autorizado:

129 003 01 00000001 a 129 003 01 00950000

Fecha límite de Emisión: 15-01-2021

Original Cliente
Copia: Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N. / Ident: 08019005012023

Nombre: FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

Datos del Cliente Exonerado

Adquiriente Exonerado:

No. Orden de Compra Exento:

No. Constancia Reg. Exonerado:

No. Registro SAC:

Código: 595651

Fecha: 13/11/2020 Hora: 8:17 am Venta: 13/11/2020

Días plazo: 30 * Abono: 0.00

Agente: DENNIS CALIX CALIX

Cliente: CF050 0045 - FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARI

Ciudad: TECUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SUTAPITA

FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	I.V.A. Total L.	
Estante: 5				
Est: 5 VIJOSA				
CLORURO DE POTASIO VII INY X 1 AMP. (NO)				
65 AP 43.00	2,795.00	15.01	2,375.47	
# Art: 1	Importe Exonerado L.	0.00		
	Importe Exento L.	2795.00		
	Importe Gravado 18% L.	0.00		
	Importe Gravado 15% L.	0.00		
	Subtotal Antes Descuento L.	2,795.00		
	Descuentos por Producción L.	419.25		
	Descuentos Tercera Edad L.	0.00		
	Descuentos y Rebajas L.	419.25		
	Subtotal L.	2,375.75		
	Impuesto Selectivo 18% L.	0.00		
	I.S.V. 15% L.	0.00		
	Abono L.	0.00		
	Total L.	2,375.75		
	Saldo L.	2,375.75		

Valores en Letras: DOS MIL TRESIENTOS SETENTA Y CINCO
LEMPIRAS, CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS

Observaciones Especiales:



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

Fecha: 20/11/2020
Hora: 03:50:26PM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	20/11/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-00000000000000988	Asiento:	CI00009930		
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
220024	METRONIDAZOL 500 mg TABLETA	TAB	60.00	SVF5693	30/05/2023	3.92	235.26
						Total	L. 235.26

Referencia: COM-988// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" PARA USO EN PX:Becket Joel Bonilla Hernandez,
Expediente: 1006-2004-00809, Sala Hospitalización, SEGUN FACTURA N.185-001-01-00524784



Elder Hernandez	
Entregado Por	Recibido Por

Cloruro Sodio
Lote: 20030015
EXP: 06/2023

Cloruro Potasio
Lote: 2001124A
EXP: 01/2025
15 UND

Lote: 191292A
EXP: 12/2024
5 UND



Super Farmacia Simán

Cel. América, esquina opuesta a la OABI, Tegucigalpa, P.N.
TEL: 2241-0084

Oficina Principal

BARRIO EL BENQUE, CALLE 5 y AVE. CASA NO. 2, BLOQUE 5 N,
MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES, SAN PEDRO
SULA

Tels.: 2241-0084-3142-6018

Fax: 2516-1184

R.T.N.: 05019999180979

Correo Representante Legal: representantelegal@farsiman.co

FACTURA

C.A.I.: 5259F7-347633-524686-E96EDB-EA31A5-88

Factura: 185-001-01-00522365

Rango Autorizado:

185-001-01-00450001 a 185-001-01-00600000

Fecha Límite de Emisión: 03/01/2021

Original Cliente

Copia Obligado Tributario Emisor

Datos del Cliente

R.T.N.: 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: 186813

Fecha: 10/11/2020 Hora: 3:52 pm Vence: 10/12/2020

Días plazo: 30 % Abono: 0.00

Agente: DENNIS CALIX CALIX

Cliente: CF050-0045 - FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARI

Ciudad: TEGUCIGALPA

ANILLO PERIFERICO, CONTIGUO A RESIDENCIAL SUYAPITA

- FUNDACION AMIGOS DEL HOSPITAL MARIA

	Precio L.	Subtotal L.	%D	Total L.
Estante: 10				
Est.: 10 VIJOSA				
CLORURO DE POTASIO VII INY X 1 AMP. (ND)				
20 AP	14.66	293.20	18.00	240.42
Estante: 17				
Est.: 17 FINLAY				
CLORURO DE SODIO 20% AMPOLLA IV. 10 ML				
20 FA	154.23	3,084.60	18.00	2,529.37
# Art.: 2	Importe Exonerado L:			0.00
	Importe Exento L:			3377.80
	Importe Gravado 18% L:			0.00
	Importe Gravado 15% L:			0.00
	SubTotal Antes Descuento L:			3,377.80
	Descuentos por Producto L:			608.00
	Descuentos Tercera Edad L:			0.00
	Descuentos y Rebajas L:			608.00
	Subtotal L:			2,769.80
	Impuesto Selectivo 18% L:			0.00
	I.S.V. 15% L:			0.00
	Abono L:			0.00

HOSPITAL MARIA

*** MOVIMIENTOS AL INVENTARIO ***

Fecha: 13/11/2020
Hora: 05:41:06PM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	13/11/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000000980	Asiento:	CI00009889		
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
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	IMP_VI	33.00	2001124A	30/01/2025	36.55	1,206.15
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	IMP_VI	19.00	191292A	30/12/2024	36.55	694.45
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	IMP_VI	13.00	190884A	30/07/2024	36.55	475.15
						Total	L. 2,375.75

Referencia: COM-980// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" PARA ABASTECER FARMACIA DE DOSIS UNITARIA,
PARA USO EN PACIENTES DE NUTRICIÓN PARENTERAL. SEGUN FACTURA N.129-003-01-00878187



Elder Hernández  Entregado Por	Recibido Por
--	---------------------



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

Fecha: 11/11/2020
Hora: 09:33:15AM
Usuario: EHERNAND

Fecha:	11/11/2020	Bod. Origen:	AG	Bod. Destino:	
Documento:	COM-0000000000000978	Asiento:	CI00009858		
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
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	UMP_VI	15.00	2001124A	30/01/2025	12.02	180.32
120025	Potasio (cloruro) 20 meq/10 ml AMPOLLA (ALTO RIESGO)	UMP_VI	5.00	191292A	30/12/2024	12.02	60.11
120033	Sodio (cloruro) 20% AMPOLLA	UMP_VI	20.00	20030015	30/06/2023	126.47	2,529.37
						Total	L. 2,769.79

Referencia: COM-978// COMPRA POR CAJA CHICA A "FARMACIAS SIMAN" MEDICAMENTOS SOLICITADOS PARA ABASTECER STOCK DE FARMACIA DE DOSIS UNITARIA Y USO EN PX DE NUTRICION PARENTERAL SEGUN FACTURA N.185-001-01-00522365



Elder Hernández

Entregado Por

Recibido Por