

Av. Naciones Unidas E10-44 y República de El Salvador
Edificio Citiplaza pisos 6 y 7
Teléfono: (593-2) 294-1700
Fax: (593-2) 297-0590
P.O. BOX: 17-11-064-83
www.msd.com.ec
Quito - Ecuador



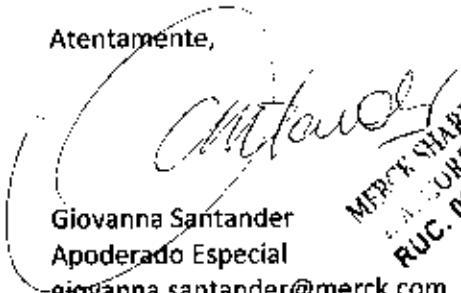
Quito, 14 de mayo 2018

Sra. Economista
Silvana Vallejo
DIRECTORA GENERAL
SERVICIO NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA- SERCOP

De nuestra consideración:

En respuesta al oficio No. SERCOP-SERCOP-2018-0658-OF; me permito anexar la documentación de respaldo según cuadro adjunto con el detalle de las entregas realizadas por órdenes de compra que corresponden al catálogo electrónico, referencia proceso SICM-249-2016-A adjudicado a la empresa Merck Sharp & Dohme.

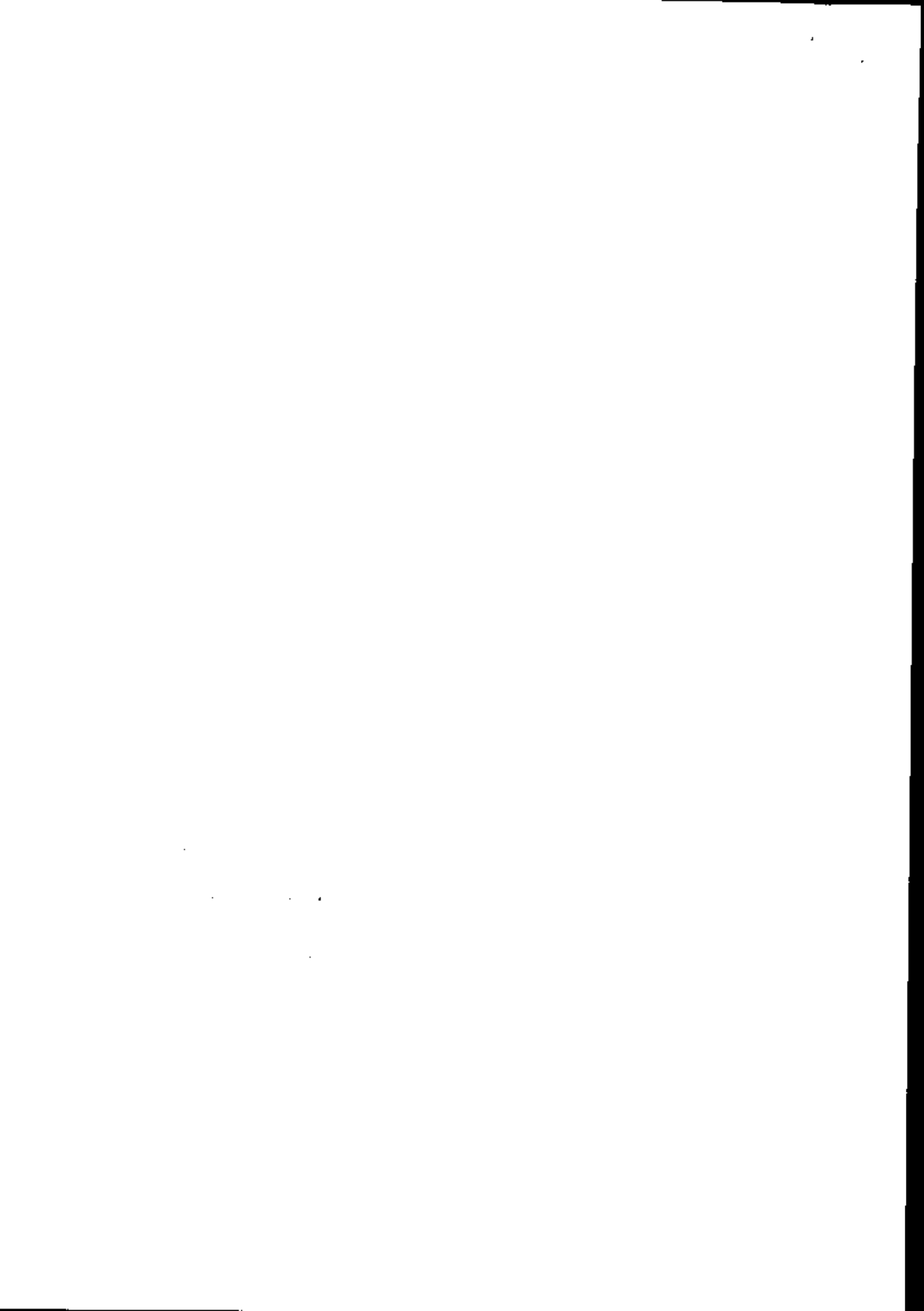
Atentamente,


Giovanna Santander
Apoderado Especial
giovanna.santander@merck.com
CI: 170682434-7

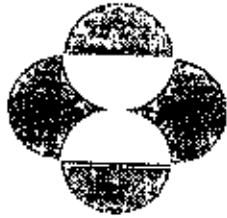
MERCK SHARP & DOHME
S.A. SUJE-ECUADOR
RUC. 0990101175001

 SERVICIO NACIONAL DE
CONTRATACIÓN PÚBLICA
RECIBIDO
DIRECCION DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO
Nombre: - AIBO
No. Trámite: 15/05/18
Fecha: 15/05/18 Hora: 08:55

Numero de Orden	Fecha emisión Orden	Convenio	Objeto	RUC Entidad	Nombre Entidad	RUC Proveedor	Nombre Proveedor	días vencidos	cantidad demandada	valor adjudicado	Estado de la orden	Número de entregas	Número de unidades de entrega parcial	Fecha de entrega del medicamento	Documento de validación de entrega (nro de factura o nro. acta entrega-recepción)	Aplica Acuerdo Complementario? (indicar si o no)	Fecha de Firma de Acuerdo Complementario	Nombre del responsable de la recepción del producto en la entidad	Cargo del responsable de recepción del producto en la entidad	Observaciones (sobre la entrega del medicamento)	Número de CUR, (Si dispone)	Estado de CUR ("pendiente", "pagado")	Observaciones (sobre el pago de la orden de compra)
CE-20180001196220	21/03/2018	SICM-359-2016-C	DCI: RALTEGRAVIR - Forma farmacéutica: SOLIDO ORAL - Concentración: 400 MG - Presentación: CAJA X BLISTER/RISTRA/FRASCO (DOSIS PERSONAL). NO ENVASES HOSPITALARIOS	0160017400001	IESS HOSPITAL REGIONAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	0990101175001	MERCK SHARP AND DOHME (I.A) LLC	4	12.120	\$ 46.904,40	ENTREGADO TOTALMENTE	1	1	18/04/2018	FACTURA	NO	N/A	FABIAN CRIOLMA	BODEGA			PENDIENTE	
CE-20180001219983	06/04/2018	SICM-359-2016-C	DCI: RALTEGRAVIR - Forma farmacéutica: SOLIDO ORAL - Concentración: 400 MG - Presentación: CAJA X BLISTER/RISTRA/FRASCO (DOSIS PERSONAL). NO ENVASES HOSPITALARIOS	1760001120001	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA MATRIZ	0990101175001	MERCK SHARP AND DOHME (I.A) LLC	-14	281.880	\$ 1.090.875,60	ENTREGADO TOTALMENTE	1	1	09/05/2018	FACTURA	NO	N/A	STALIN LAZ	BODEGA BEATERIO			PENDIENTE	
CE-2018000122382	09/04/2018	SICM-359-2016-C	DCI: RALTEGRAVIR - Forma farmacéutica: SOLIDO ORAL - Concentración: 400 MG - Presentación: CAJA X BLISTER/RISTRA/FRASCO (DOSIS PERSONAL). NO ENVASES HOSPITALARIOS	0968520100001	MINISTERIO DEL INTERIOR HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL GUAYAQUIL # 2	0990101175001	MERCK SHARP AND DOHME (I.A) LLC	-15	660	\$ 2.554,20	ENTREGADO TOTALMENTE	1	1	19/04/2018	FACTURA Y A	NO	N/A	WILLY MAZACON	ADMINISTRADOR CONTRATO			PENDIENTE	







MSD

R.U.C.: 0990101175001

FACTURA

No. 001-005-000027594

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

1704201801099010117500120010050000275940000000019

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1704201801099010117500120010050000275940000000019

Merck Sharp and Dohme (I.A) LLC

Dir. Matriz: AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Dir. Sucursal: AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Contribuyente Especial Nro.: 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Razón Social / Nombre y Apellidos: I.E. S.S. HOSPITAL REGIONAL JOSE CARRASCO ARTEAGA

RUC / CI: 0160017400001

Fecha de Emisión: 17/04/2018

Guía Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
1024314		12120	ISENTRESS 400MG GRAY 60TAB ECOJ (HLM) T01 REG SAN 28441-04.08. ORIGEN: SINGAPUR. NOMBRE GENERICO: PALTEGRAVIR POTÁSICO, PRESENTACION: CAJA X 1 FRASCO X 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. MARCA: ISENTRESS F Em: 31/01/2020 F. Man: 07/01/2018 LOTE: R007107			3.87000	0.00	46.904.40

Información Adicional

Valor en Letras: CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO Y 40/100 DOLARES AMERICANOS

No Documento: 8514102418

Sistema Emisor: FPT

Orden Compra: CE-20180001196220

Notas Orden: 3016823305-ZOR-60 días-Fecha Venimiento Factura 18/06/2018

Número Cliente: 0000217898

Dirección Cliente: JOSE CARRASCO ARTEAGA S/N Y POPAYAN

Dirección Entrega: JOSE CARRASCO ARTEAGA S/N Y POPAYAN CUENCA

Observaciones:

Email Cliente: aprobadosfacturacionelectronica@merck.com

Pedido: 3D16923305

Fecha de Referencia:

Fecha de Venimiento: 2018-06-18

SUBTOTAL 12%	
SUBTOTAL 0%	46.904.40
SUBTOTAL No objeto de IVA	
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	46.904.40
SUBTOTAL Exento de IVA	
DESCUENTO	0.00
ICE	
IVA 12%	
IRBPNR	
PROPINA	0.00
VALOR TOTAL	46.904.40

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO	46.904.40	60 00	DIAS

ACEPTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

No. BULTOS: 2

NOMBRE: Fabian Cordero

C.I.: 2003877776

FECHA: 18/04/18 HORA: 8:00

FIRMA: Fabian Cordero





MSD

R.U.C.: 0990101175001

GUÍA DE REMISIÓN

No. 001-005-000028027

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

1704201806099010117500120010050000280270000000015

Merck Sharp and Dohme (LA) LLC

Dir. Matriz : AV. NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR
EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX
(5932)2870590

Dir. Sucursal : AV. NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR
EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2841700 FAX
(5932)2970590

Contribuyente Especial Nro. : 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD SI

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1704201806099010117500120010050000280270000000015

Identificación (Transportista) 1790371506001

Razón Social / Nombre y Apellidos QUIFATEX S.A.

Placa: PBJ-8219

Punto de Partida : Panamericana Norte KM 14.5, Pasaje Cenepa, Quito-Ecuador

Fecha Inicio Transporte: 17/04/2018

Fecha Fin Transporte: 17/04/2018

Comprobante de Venta : Factura 601-005-000027584

Fecha de Emisión : 17/04/2018

Número de Autorización

Motivo Traslado : Venta de Medicamento

Destino/Punto de Llegada JOSE CARRASCO ARTEAGA S/N Y POPAYAN

Documento Aduanero :

Razón Social / Nombre y Apellidos : I.E.S.S. HOSPITAL REGIONAL JOSE CARRASCO
ARTEAGA

Identificación (Destinatario): 0160017400001

Ruta : Código Establecimiento Destino:

Cantidad	Descripción	Código Principal	Código Auxiliar
12120	ISENTRESS 400MG GRAY 60TAB ECU (HLM) Y01 REG. SAN 28441-04-08, ORIGEN: SINGAPUR, N-	1024314	

Información Adicional

Valor en Letras.

No. Documento: 8514102418

Sistema Emisor: FPT

Orden Compra: CE-20180001186220

Notas Orden:

Número Cliente: 0000217898

Dirección Cliente: JOSE CARRASCO ARTEAGA S/N Y POPAYAN

Dirección Entrega: JOSE CARRASCO ARTEAGA S/N Y POPAYAN CUENCA

Observaciones:

Email Cliente: bdrobados.facturacionelectronica@merck.com

ACEPTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

No. BULTOS:.....

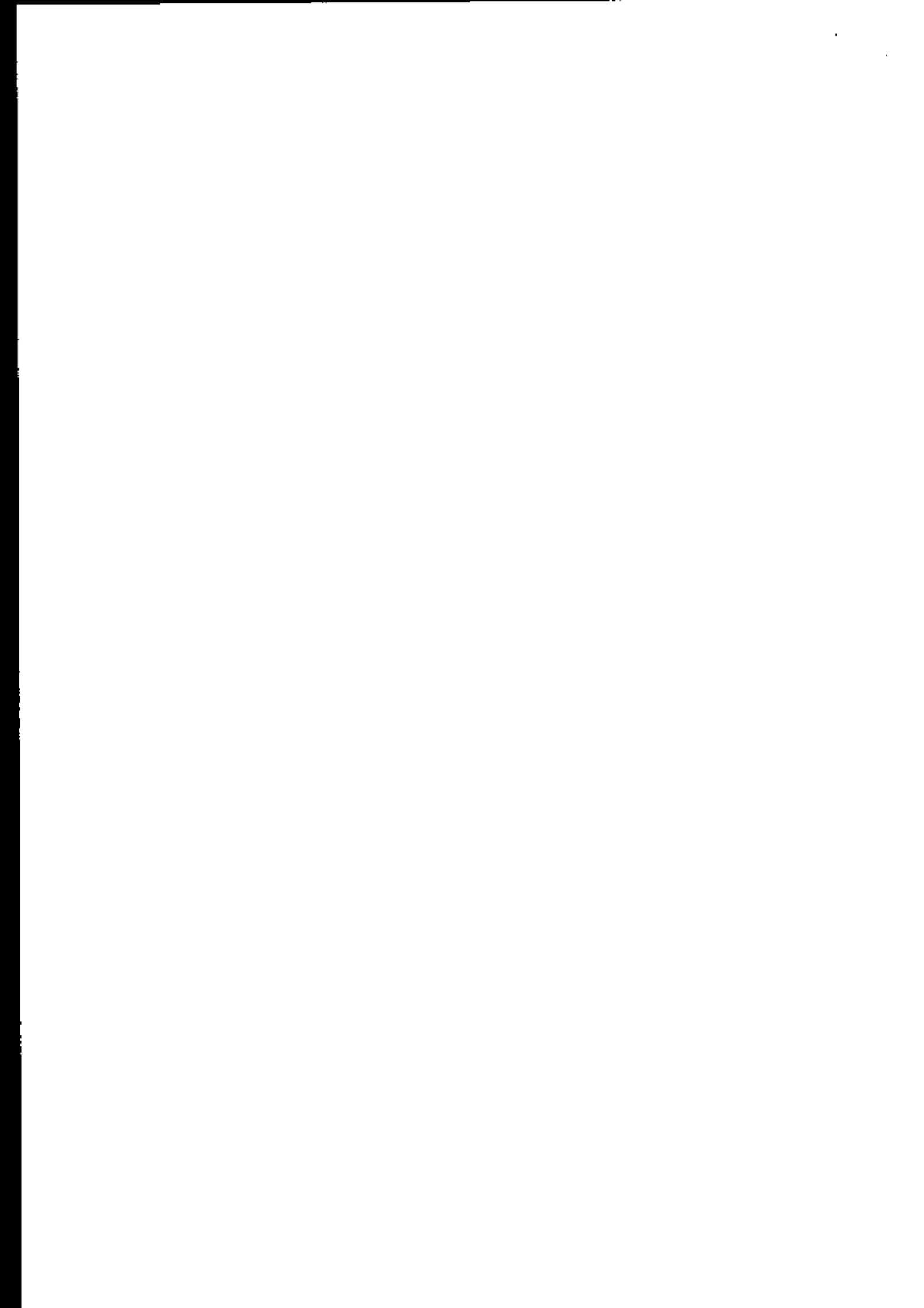
NOMBRE:.....

C.I.:.....

FECHA:..... HORA:.....

FIRMA: *Fabian Ochoa*

Página 1 de 1





R.U.C.: 0990101175001

FACTURA

No. 001-005-000027710

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

0805201801099010117500120010050000277100000000015

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0805201801099010117500120010050000277100000000015

Merck Sharp and Dohme (I.A) LLC

Dir. Matriz : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P8 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Dir. Sucursal : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P8 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Contribuyente Especial Nro. : 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD : SI

Razón Social / Nombre y Apellidos : MINISTERIO SALUD PUBLICA

RUC / CI : 1760001120001

Fecha de Emisión : 08/05/2018

Guía Remisión :

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
1024314		6060	ISENTRESS 400MG GRAY BOTAS ECU (HLM) T01 REG. SAN 2844104-08, ORIGEN: SINGAPUR, NOMBRE GENERICO: RALTEGRAVIR POTÁSICO, PRESENTACION: CAJA X 1 FRASCO x 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, MARCA: ISENTRESS F. Exp: 31/01/2020 F. Min: 01/01/2018 LOTE: R009028			3,87000	0,00	23,452,20
1024314		275820	ISENTRESS 400MG GRAY BOTAS ECU (HLM) T01 REG. SAN 2844104-08, ORIGEN: SINGAPUR, NOMBRE GENERICO: RALTEGRAVIR POTÁSICO, PRESENTACION: CAJA X 1 FRASCO x 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, MARCA: ISENTRESS F. Exp: 31/01/2020 F. Min: 01/01/2018 LOTE: R007107			3,87000	0,00	1,067,423,40

Información Adicional

Valor en Letras: UN MILLÓN NOVENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO Y 60/100 DOLARES /

No. Documento: 8514102635

Sistema Emisor: PPT

Orden Compra: CE-20180001218983

Notes Orden: 3017093217-ZOR-60 días-Fecha Vencimiento Factura 07/07/2018

Número Cliente: 0000217827

Dirección Cliente: AV. REPUBLICA DEL SALVADOR N54-84 Y SUECIA

Dirección Entrega: AV. REPUBLICA DEL SALVADOR N54-84 Y SUECIA QUITO

Observaciones:

Email Cliente: aprobados.facturacionelectronica@merck.com

Pedido: 3017093217

Fecha de Referencia:

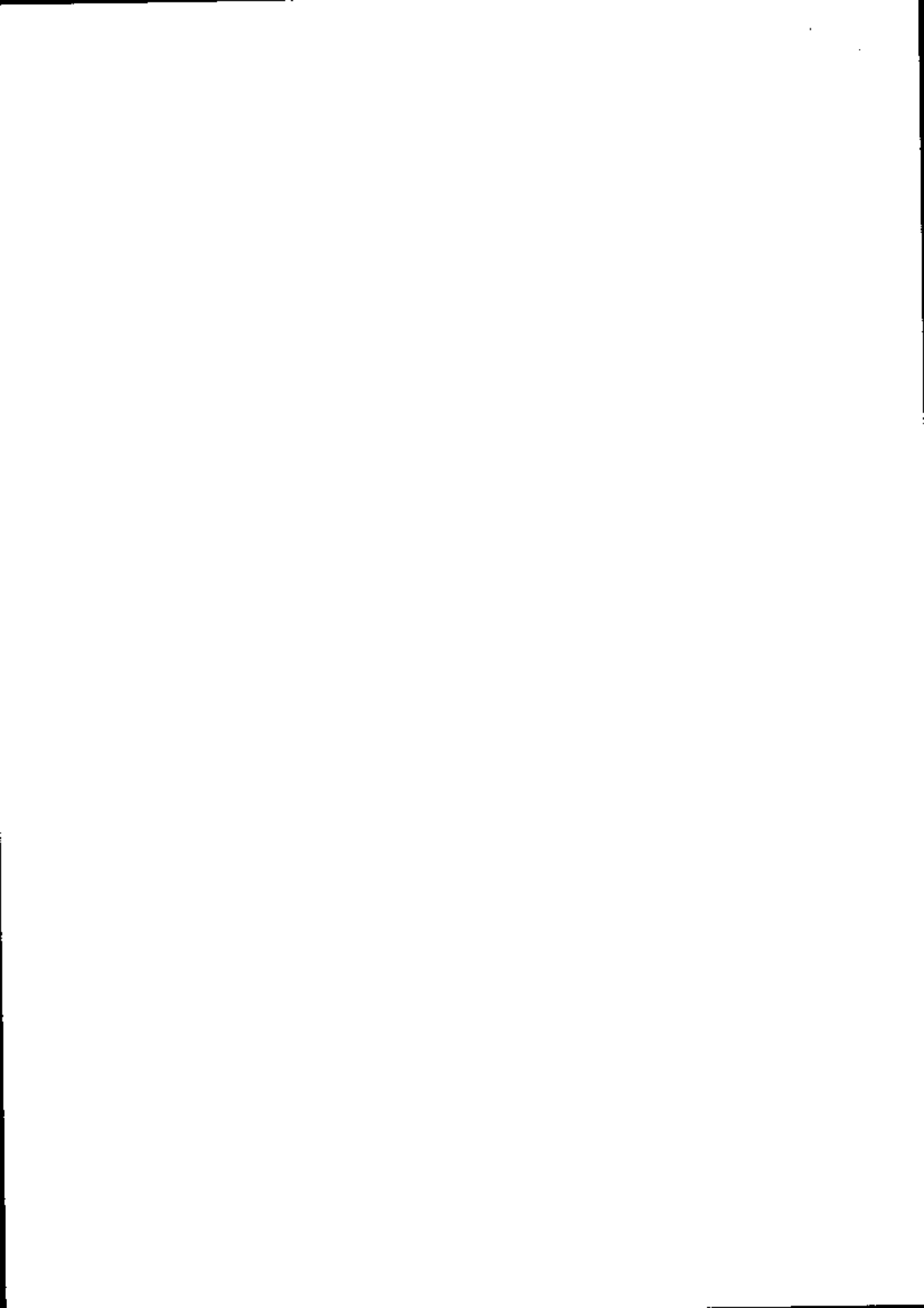
Fecha de Vencimiento: 2018-07-07

SUBTOTAL 12%	
SUBTOTAL 0%	1,090,875.60
SUBTOTAL No objeto de IVA	
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,090,875.60
SUBTOTAL Exento de IVA	
DESCUENTO	0.00
ICE	
IVA 12%	
IREPNE	
PROYECTO de Ministerio de Salud Pública	0.00
VALOR ORIGINAL DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	1,090,875.60

BODEGA DE MATERIA
RECIBIDO

[Handwritten Signature]
08/05/2018

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO	1,090,875.60	60.00	DÍAS





R.U.C.: 0990101175001

GUÍA DE REMISIÓN

No. 001-005-000028144

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

080520180609901011750012001005000028144000000019

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



080520180609901011750012001005000028144000000019

Merck Sharp and Dohme (I.A) LLC

Dir. Matriz: AV. NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Dir. Sucursal: AV. NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Contribuyente Especial Nro.: 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD SI

Identificación (Transportista): 1790371506001

Razón Social / Nombre y Apellidos: QUIFATEX S.A.

Placa: PBJ-8219

Punto de Partida: Panamericana Norte KM 14.5, Pasaje Cenapa, Quito-Ecuador

Fecha Inicio Transporte: 08/05/2018

Fecha Fin Transporte: 08/05/2018

Comprobante de Venta: Factura 001-005-000027710

Fecha de Emisión: 08/05/2018

Número de Autorización:

Motivo Traslado: Venta de Medicamento

Destino(Punto de Llegada): AV. REPUBLICA DEL SALVADOR N64-64 Y SUECIA

Razón Social / Nombre y Apellidos: MINISTERIO SALUD PUBLICA

Documento Aduanero:

Identificación (Destinatario): 1760001120001

Ruta:

Código Establecimiento Destino:

Cantidad	Descripción	Código Principal	Código Auxiliar
6060	ISENTRESS 400MG GRAY 60TAB ECU (HLM) T01 REG. SAN 28441-04-08, ORIGEN: SINC	1024314	
275820	ISENTRESS 400MG GRAY 60TAB ECU (HLM) T01 REG. SAN 28441-04-08, ORIGEN: SINC	1024314	

Información Adicional

Valor en Letras:

No. Documento: 8514102535

Sistema Emisor: FPT

Orden Compra: CE-20180001219989

Notas Orden:

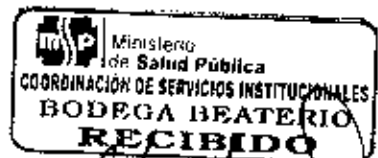
Número Cliente: 0000217927

Dirección Cliente: AV. REPUBLICA DEL SALVADOR N64-64 Y SUECIA

Dirección Entrega: AV. REPUBLICA DEL SALVADOR N64-64 Y SUECIA QUITO

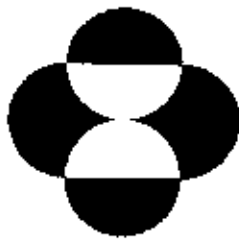
Observaciones:

Email Cliente: aprobados.facturacionelectronica@merck.com



[Handwritten Signature]
09/05/2018





MSD

R.U.C.: 0990101175001

FACTURA

No. 001-006-000027596

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

180420180109901011750012001005000027596000000014

Merck Sharp and Dohme (I.A) LLC

Dir. Matriz : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P8 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Dir. Sucursal : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P8 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Contribuyente Especial Nro. : 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD : SI

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



180420180109901011750012001005000027596000000014

Razón Social / Nombre y Apellidos : HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL GUAYAQUIL 2

RUC / CI: 0968520100001

Fecha de Emisión : 18/04/2018

Guía Remisión :

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Detalle Adicional	Detalle Adicional	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
1024314		660	ISENTRISS 400MG GRAY 60TAB ECU (HEM) TOT REG. SAN 2644 104-08. ORIGEN: SINGAPUR. NOMBRE GENERICO: RALTEGRAVIR POTÁSICO, PRESENTACION: CAJA X 1 FRASCO X 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS, MARCA: ISENTRESS F Exp: 31/12/2020 F. Max: 01/01/2018 LOTE: R007107			3,87000	0,00	2,554,20

Información Adicional

Valor en Letras: DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO Y 20/100 DOLARES AMERICANOS

No. Documento: 8514102420

Sistema Emisor: FPT

Orden Compra: CE-20180001222362

Notas Orden: 3018928121-ZOR-60 días-Fecha Vencimiento Factura:17/06/2018

Número Cliente: 0000217816

Dirección Cliente: AV. DE LAS AMERICAS S/N Y AV. SAN JORGE PERRONE

Dirección Entrega: AV. DE LAS AMERICAS S/N Y AV. SAN JORGE PERRONE GUAYAQUIL

Observaciones:

Email Cliente: aprobados.facturacionelectronica@merck.com

Pedido: 3018928121

Fecha de Referencia:

Fecha de Vencimiento: 2018-08-17

SUBTOTAL 12%	
SUBTOTAL 0%	2,554,20
SUBTOTAL No objeto de IVA	
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,554,20
SUBTOTAL Exento de IVA	
DESCUENTO	0,00
ICE	
IVA 12%	
IRBPNR	
PROPINA	0,00
VALOR TOTAL	2,554,20

Forma de Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO	2,564,20	60.00	DÍAS

HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL GUAYAQUIL 2

BODEGA GENERAL
RECIBIDO

FECHA: 19-04-2018 HORA:

James Cartagena S.

ACEPTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

No. BULTOS:

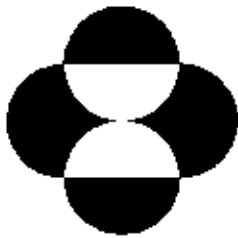
NOMBRE:

C.I.:

FECHA: 19/04/18 HORA: 09:00

FIRMA:





MSD

R.U.C.: **0990101175001**

GUÍA DE REMISIÓN

No. 001-005-000028029

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

1804201806099010117500120010050000280290000000010

Merck Sharp and Dohme (I.A) LLC

Dir. Matriz : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Dir. Sucursal : AV.NACIONES UNIDAS E10-44 Y REPUBLICA DE EL SALVADOR EDIFICIO CITIPLAZA P6 TELEFONO (5932)2941700 FAX (5932)2970590

Contribuyente Especial Nro. : 5368

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD SI

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1804201806099010117500120010050000280290000000010

Identificación (Transportista): 1790371508001

Razón Social / Nombre y Apellidos : QUIFATEX S.A.

Placa: PBJ-8219

Punto de Partida : Panamericana Norte KM 14.5, Pasaje Cenepa, Quito-Ecuador

Fecha Inicio Transporte: 18/04/2018

Fecha Fin Transporte: 18/04/2018

Comprobante de Venta : Factura 001-005-000027596 Fecha de Emisión : 18/04/2018

Número de Autorización :

Motivo Traslado : Venta de Medicamento

Destino(Punto de llegada) : AV. DE LAS AMERICAS S/N Y AV. SAN JORGE PERRONE

Documento Aduanero :

Razón Social / Nombre y Apellidos : HOSPITAL DE LA POLICIA NACIONAL GUAYAQUIL 2

Identificación (Destinatario): 0968520100001

Ruta :

Código Establecimiento Destino:

Cantidad	Descripción	Código Principal	Código Auxiliar
680	ISENTRESS 400MG GRAY 80TAB ECU (HLM) T01 REG. SAN 28441-04-08, ORIGEN: SIN	1024314	

Información Adicional

Valor en Letras:

No. Documento: 8514102420

Sistema Emisor: FPT

Orden Compra: CE-20180001222382

Notas Orden:

Número Cliente: 0000217818

Dirección Cliente: AV. DE LAS AMERICAS S/N Y AV. SAN JORGE PERRONE

Dirección Entrega: AV. DE LAS AMERICAS S/N Y AV. SAN JORGE PERRONE GUAYAQUIL

Observaciones:

Email Cliente: aprobedos.facturacionelectronica@merck.com

ACEPTO BAJO MI RESPONSABILIDAD/

No. BULTOS:.....

NOMBRE:.....

C.I.:.....

FECHA: 19/04/18 HORA: 09:00

FIRMA:.....

19.04.2018



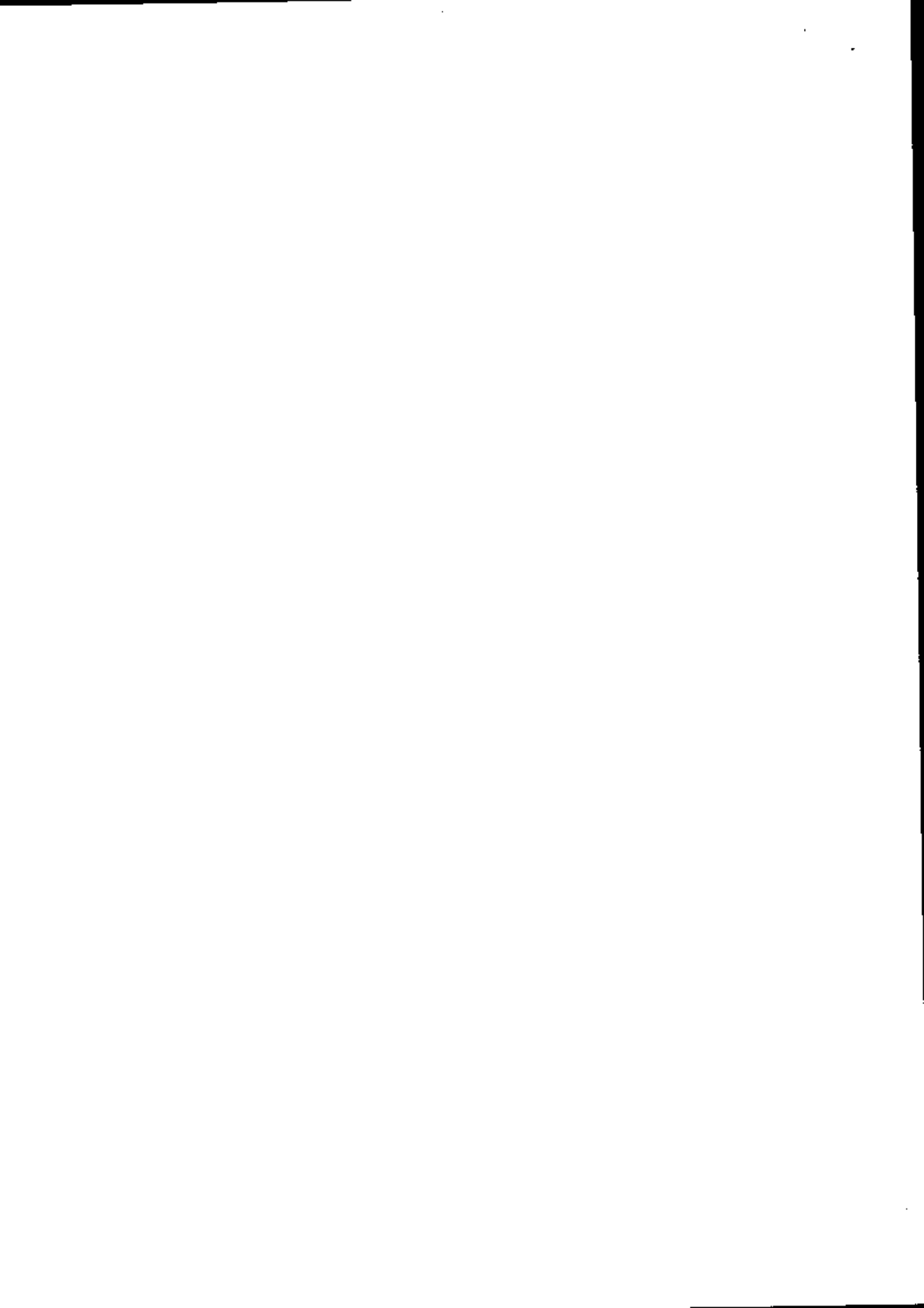
ACTA ENTREGA EQUIPOS DE COMANDO DE GUERRILLA (PUNTO DE MARCHA) DE MICHIGUAYEN

Lugar y fecha: _____
 Hora: _____
 Lugar de entrega: _____
 Lugar de recepción: _____
 Nombre de la entidad: _____
 Nombre del representante: _____
 Nombre del receptor: _____
 Nombre del comandante: _____
 Cargo: _____
 Nombre del proveedor: _____
 N.º de proveedor: _____
 Dirección de entrega: _____
 Nombre de la entidad: _____
 Nombre del representante: _____
 Nombre del receptor: _____
 Nombre del comandante: _____
 Cargo: _____

Tipo de equipo: _____
 Marca: _____
 Modelo: _____
 Cantidad: _____
 Descripción: _____
 Observaciones: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Lugar de recepción: _____
 Nombre de la entidad: _____
 Nombre del representante: _____
 Nombre del receptor: _____
 Nombre del comandante: _____
 Cargo: _____

N.º	Descripción	Cantidad	Observaciones	Fecha de entrega	Lugar de entrega	Lugar de recepción	Nombre de la entidad	Nombre del representante	Nombre del receptor	Nombre del comandante	Cargo
1	ALTOVOLTAJE	1									
2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

BODEGA GENERAL
RECIBIDO
 Fecha: _____
 Hora: _____
 Lugar: _____
 Nombre: _____
 Cargo: _____



ACTA INTERNA MENCIONA EL NOMBRE DE COMPAÑIA DEL REPERTORIO DE EMPRESAS

Lugar y Fecha: _____
 Fecha de la orden: _____
 Hospital: HOSPITAL GONZALEZ ET DE LA FUERZA NACIONAL
 Calle: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____
 Municipio: _____
 Nombre del paciente: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Ocupación: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Nombre del médico: _____
 Firma: _____

Nombre del proveedor: _____
 RUC: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 Nombre del representante: _____
 Cargo: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

Nombre de la empresa: _____
 RUC: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 Nombre del representante: _____
 Cargo: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

Nombre del producto: _____
 Marca: _____
 Cantidad: _____
 Precio unitario: _____
 Precio total: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Forma de pago: _____
 Condiciones de venta: _____

Nombre del producto: _____
 Marca: _____
 Cantidad: _____
 Precio unitario: _____
 Precio total: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Forma de pago: _____
 Condiciones de venta: _____

Nombre del producto: _____
 Marca: _____
 Cantidad: _____
 Precio unitario: _____
 Precio total: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Forma de pago: _____
 Condiciones de venta: _____

Nombre del producto: _____
 Marca: _____
 Cantidad: _____
 Precio unitario: _____
 Precio total: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Forma de pago: _____
 Condiciones de venta: _____

Nombre del producto: _____
 Marca: _____
 Cantidad: _____
 Precio unitario: _____
 Precio total: _____
 Fecha de entrega: _____
 Lugar de entrega: _____
 Forma de pago: _____
 Condiciones de venta: _____

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS
BODEGA GENERAL RECLAMADO
 FECHA: _____
 LUGAR: _____

