



MINISTERIO  
DE SALUD

**Hospital Nacional**  
“Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil, Mejicanos, S.S.**



## *VERSIÓN PÚBLICA*

**“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento N° 1 para la publicación de la información oficiosa)**



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

**HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

| SUMINISTRANTE: <b>LABORATORIOS VIJOSA, S.A DE C.V</b>                       |  | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-277-2019   |              |                         |
|---|--|--------------------|-----------------|--------------|-------------------------|
| NIT:  |  | SOLICITUD N°       | 193-2019        |              |                         |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>1 A 5 DIAS POSTERIOR A LA O/C</b>                      |  | FECHA              | 26-jul-19       |              |                         |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>                            |  |                    |                 |              |                         |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALMACEN DE MEDICAMENTOS</b>                          |  |                    | FORMA DE PAGO   |              |                         |
| ADMN. DE ORDEN: <b>Lic. Roxana de Quintanilla</b>                           |  |                    | CRÉDITO 60 DÍAS |              |                         |
| RGN.  | DESCRIPCIÓN  | U/M                | CANTIDAD        | PRECIO U. \$ | TOTAL \$                |
| 1   | Cod. 01600010, Relaflex sol. Iny. amp. X 2ml, emp. Hosp, marca: Vijosa origen: El Salvador reg.7091 Vto. No menor de 18 meses a partir de recepcion, de producto   | C/U                | 1200            | \$ 1.20      | \$ 1,440.00             |
| 2   | Cod.01800005, NEOSTIGMINA METILSULFATO 0.5mg/ml Amp. 1ml emp. Hosp. Marca: Vijosa origen: El Salvador Vto. No menor de 18 meses a partir de recepción. Reg.F096627092000   | C/U                | 300             | \$ 1.26      | \$ 378.00               |
| 3   | Cod. 02203020, MIDAZOLAM 5mg/ml amp. 3ml,emp hospitalario. Marca: Vijosa, origen: El Salvador Vto. No menor de 18 meses a partir de la recepción, reg. F093813081997, S e solicita control de calidad del fabricante y Minsal. | C/U                | 1500            | \$ 1.16      | \$ 1,740.00             |
|   | Medicamentos para ser utilizados en este Hospital  |                    |                 |              |                         |
| <b>MONTO EN LETRAS: TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO 00/100 DOLARES</b> |  |                    |                 |              | <b>\$ 3,558.00</b>      |
| Específico  | 54108  |                    |                 |              | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$   | \$ 3,558.00  |                    |                 |              | Fondo: General          |

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICION DE ESTE .ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD # 1922-2019

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.

|                 |                     |                |   |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|-----------------|---------------------|----------------|---|