



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 No.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: LABORATORIOS VIJOSA, S.A DE C.V		ORDEN DE COMPRA N°	3215-116-2021		
NIT:		SOLICITUD N°	079-2021		
PLAZO DE ENTREGA: 5 A 10 DIAS HABILES POSTERIORES A RECEPCION DE LA O/C		FECHA	4/23/2021		
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE MEDICAMENTOS					
UNIDAD SOLICITANTE: FARMACIA			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: LIC. ROXANA DE QUINTANILLA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	CODIGO: 00711020/51151727 SOLICITADO: Norepinefrina (Bitartrato) 1 mg/mL Solución inyectable I.V. Frasco vial o ampolla 4 mL, protegida de la luz. OFERTADO: Generico: Norepinefrina 1mg/ml Amp.4ml, Comercial: NOREPINEFRINA 1mg/mL Amp. 4mL, EMPAQUE HOSPITALARIO Reg.F032218052005, marca: Vijosa origen: El Salvador	C/U	2,000	\$ 1.78	\$ 3,560.00
2	CODIGO: 01500025/51142904 SOLICITADO: Lidocaína Clorhidrato 2% Solución inyectable, con preservantes I.V. - S.C. Frasco vial 50 mL. OFERTADO: Generico: Lidocaina Clorhidrato 2% solucion inyectable, frasco vial 50 Comercial: VIJOCAINA 2% SOL INY, VIAL X 50ML, EMPQUE HOSPITALARIO	C/U	300	\$ 3.99	\$ 1,197.00
3	CODIGO: 01601006/51152006 SOLICITADO: Cisatracurio (Besilato) 2 mg/mL Solución inyectable I.V. Ampolla 2.5 mL, protegida de la luz. OFERTADO: Generico: CISATRACURIO BESILATO 2mg/MI Amp. 2.5mL, Comercial : CISATRACURIO BESILATO 2mg/MI Amp. 2.5mL EMPAQUE HOSPITALARIO	C/U	1,000	\$ 5.74	\$ 5,740.00
4	CODIGO: 02000015/51161630 SOLICITADO: Clorfeniramina Maleato 10 mg/mL Solución Inyectable I.M. - I.V. Ampolla 1 mL, protegido de la luz. OFERTADO: Generico: Clorfeniramina maleato 10mg/ml, ampolla x 1ml, Comercial: FENALER 10MG/ML, SOL INY, AMP X 1ML, EMP HOSPITALARIO Reg.7582 Vto.	C/U	200	\$ 0.49	\$ 98.00



MINISTERIO
DE SALUD

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



CUENTA:

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

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
5	CODIGO: 02203015/51141920 SOLICITADO: Diazepam 5 mg/ml solucion inyectable I.V ampolla 2ml protegida de la luz OFERTADO: Generico: Diazepam 10mg/2ml, ampolla x 2ml Comercial: PAXIUM 10MG/2ML, SOL INY, AMP X 2ML, EMP HOSP - CONTROLADO Reg 6536 marca: Viirosa origen: El	C/U	300	\$ 1.93	\$ 579.00
MONTO EN LETRAS: ONCE MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO 00/100 DOLARES					\$ 11,174.00
Específico	54108				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 11,174.00				Fondo: FONDO GENERAL

JUSTIFICACION: ES NECESARIO LA COMPRA DE ESTOS MEDICAMENTOS PARA EL USO DE CONSULTA EXTERNA, AREAS HOSPITALARIAS , EMERGENCIA, PARA UN PERIODO DE DOS MESES. 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 # 3-2021

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
-----------------	---------------------	----------------	---