

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 ello 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)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 12 de Junio de 2019 **No de Orden:** 259/2019
Solicitante: Farmacia. **Solicitud No:** 08/2019 (2da Vez)
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Gran Empresa **NRC:**
Dirección: Calle L 3, # 10 Zona Industrial Merliot, Antiguo Cuscatlan, Telefono: 2251 -9797, 2251-9798
Correo Electrónico: Marielos.funes@vijosa.com. **Pág. 1-1**

*Medicamentos con cobertura menor a tres meses y desabastecidos, siendo necesario su compra urgente.
 Deberá ser una sola entrega, con fecha de vencimiento no menor a 18 meses y si el renglón sobrepasa los 10 salarios mínimos deberán pagar análisis y presentar muestra para ser enviado a Control de Calidad del MINSAL para su respectivo análisis.
 Los medicamentos no deberán contener alcohol bencilico en su formula.
 (Subida por Segunda vez en COMPRASAL)*

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
15	3,500	C/U	01700020	BROMURO DE N-BUTILHIOSCINA 20 MG/ML AMP. 1 ML EMP HOSPITALARIO REG. 8568, MARCA: VIJOSA, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES.	\$ 0.31	\$ 1,085.00
TOTAL US:						\$ 1,085.00

(TOTAL EN LETRAS) MIL OCHENTA Y CINCO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Migu -acén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL
FECHA DE ENTREGA: 3 A 5 DIAS HÁBILES POSTERIORES A RECIBIR ORDEN DE COMPRA **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales.
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. **Jefe de Farmacia.**
 PBX: 2792-3213, 2792-3214. **Elaboró:** Ing. Nathalia Angélica Aparicio Pineda
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____