

## **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”**



MINISTERIO  
DE SALUD



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Lugar y Fecha: San Miguel, 26 de Junio de 2019. ✓ No de Orden: 316/2019 ✓  
Solicitante: FARMACIA ✓ Solicitud No: 011/2019 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. ✓ NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: Gran Empresa Correo electrónico: info@vijosa.com  
Dirección: Calle L 3, # 10. Zona Industrial Merliot. Antiguo Cuscatlán. Tel 2251 - 9797. ✓

COMPRA DE MEDICAMENTO. ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
29	240	C/U	02104005	RANITIDINA 150MG/10ML. SOL. ORAL FCO. 200ML. EMP. HOSPITALARIO. REG. F067410112004. FABRICANTE: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: AGOSTO/2020. VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 8.14	\$ 1,953.60

TOTAL US: \$ 1,953.60

(TOTAL EN LETRAS): Un mil novecientos cincuenta y tres 60100 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<b>OBSERVACION</b> 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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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 Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

LUGAR DE ENTREGA:	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
FECHA DE ENTREGA:	3 a 5 días hábiles posterior a recibir la recepción de la OC. ✓	FORMA DE PAGO:	CREDITO ✓

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

<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓ Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251.	<b>Elaboró:</b> Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b>
--	--

de