

## **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 3 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, 10 de Julio de 2019. / **No de Orden:** 352/2019 /  
**Solicitante:** FARMACIA // **Solicitud No:** 011/2019 (2ª VEZ) //  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. // **NIT Y / O NRC:** [REDACTED] //  
**Clasificación:** Gran Empresa **Correo electronico:** info@vijosa.com //  
**Dirección:** Calle L 3, # 10. Zona Industrial Merliot. Antiguo Cuscatlán. Tel 2251 – 9797. ✓

COMPRA DE MEDICAMENTOS ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
04 ✓	1,200 ✓	C/U	00202030 ✓	CEFTAZIDIMA VIAL 1G, EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. 19367. FABRICANTE: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL ENTREGAR. VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 2.15	\$ 2,580.00 ✓

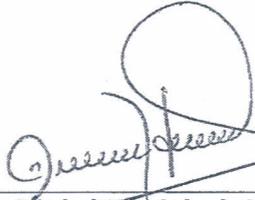
**TOTAL US:** \$ 2,580.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS):** Dos mil quinientos ochenta 00/100 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:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** 3 a 5 días hábiles posterior a recibir la recepción de la OC. ✓ **FORMA DE PAGO:** CREDITO ✓

  
 E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL



**Administrador de la Orden:** Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado. ✓  
 Jefe Farmacia  
 PBX: 2665-6100. Ext. 1251.

**Elaboró:** Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** \_\_\_\_\_

4-2