

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, 19 de Julio de 2019. **No de Orden:** 387/2019

Solicitante: FARMACIA ✓ **Solicitud No:** 015/2019 ✓

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]

Clasificación: Gran Empresa **Correo electronico:** 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
04	1,000	C/U	00202060	OXACILINA (SODICA) 1G POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FRASCO VIAL EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. F028619052004. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL ENTREGAR. VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DIAS CALENDARIO.	\$ 1.83	\$ 1,830.00
09	2,500	C/U	00208010	CIPROFLOXACINA 2MG/ML VIAL 100ML. EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. F000518012006. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL ENTREGAR. VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DIAS CALENDARIO.	\$ 1.83	\$ 4,575.00
17	1,000	C/U	00711020	NOREPINEFRINA 1MG/ML AMP. 4ML. EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. F032218052005. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES AL ENTREGAR. VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN: 30 DIAS CALENDARIO.	\$ 1.10	\$ 1,100.00

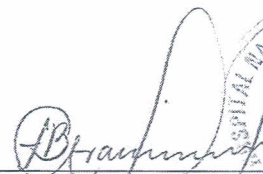
TOTAL US: \$ 7,505.00


(TOTAL EN LETRAS): Siete mil quinientos cinco 00/100 dólares 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 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.	C.C. *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. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
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: _____

de-1