

## **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”**

Lugar y Fecha: San Miguel, 08 de Octubre de 2021 / No de Orden: 553/2021  
 Solicitante: FARMACIA / Solicitud No: 08/2021  
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V. / NITY/ O NRC: [REDACTED]  
 Clasificación: Gran Empresa / Correo electrónico: info@vijosa.com  
 Dirección: Calle L 3, # 10. Zona Industrial Merlot, Antiguo Cuscatlán. Tel 2251 - 9797.

COMPRA DE MEDICAMENTOS /

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GÉNÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
14.	1,500	C/U.	.01300025	PETIDINA CLORHIDRATO 50MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA DE 2ML	PETIDINA HCl 50MG/ML AMP 2ML. B.M.P. HOSPITALARIO CONTROLADO. REG. F043126092007. 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.	\$ 1.99	\$ 2,985.00

TOTAL US: 2,985.00

(TOTAL EN LETRAS): Dos mil novecientos ochenta y cinco 00/100 dolares de los Estados Unidos de América /

<p><b>RE OBSERVACION</b></p> <p>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.</p>	<p><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para trámite de Queda, 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.</p>		<p>C.C: *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUEST O *SOLICITANTE R *ADM. DE OC.</p>
	<p>LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</p>		
<p>FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL</p>			
<p>FECHA DE ENTREGA: 3 A 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE LA OC.</p>	<p>FORMA DE PAGO:</p>	<p>CRÉDITO 60 DÍAS</p>	



E. Dra. Jenny 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: 14 OCT 2021