

# **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”.**



**GOBIERNO DE EL SALVADOR**

HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA CONCEPCION  
ESTE DOCUMENTO FUE DISTRIBUIDO EL DIA 04 DIC. 2012

Hospital Nacional de Nueva Concepción

UNIDAD DE ADQUISICIONES

HOSPITAL NUEVA CONCEPCION

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:118

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:

**Nueva Concepción, 28 de Noviembre del 2012**

No.Orden:176/2012

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE**

**NIT**

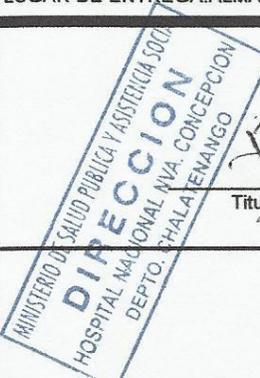
**LABORATORIOS VIJOSA, S.A. DE C.V.**

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA: 0202 Atención Hospitalaria--COMPRA DE MEDICAMENTOS DESABASTECIDOS PARA EL HOSPITAL NACIONAL NUEVA CONCEPCION.	-	-
25	Cada Uno	<b>CODIGO: 00708015.</b> DIGOXINA 0.25 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. AMPOLLA 2 ML, PROTEGIDA DE LA LUZ. DIGOXINA 0.25MG/ML. AMP. 2 ML, EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. F017625052011. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.	\$4.57	\$114.25
6	Cada Uno	<b>CODIGO: 01400010.</b> KETAMINA (CLORHIDRATO) 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE I.V. FCO. VIAL 10 ML, PROTEGIDO DE LA LUZ. KETAMINA 50MG/ML VIAL 10 ML, EMPAQUE HOSPITALARIO. REG. F055801102003. MARCA: VIJOSA. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA.	\$4.50	\$27.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	<b>\$141.25</b>

SON: ciento cuarenta y uno 25/100 dólares

OBSERVACION: COMPRA POR LIBRE GESTION No. 20120107. FONDO GENERAL. ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA: TIEMPO DE ENTREGA: 3 A 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA. FAVOR DETALLAR EN LA FACTURA EL NUMERO DE ORDEN DE COMPRA, EL NUMERO DE LIBRE GESTION Y EL DETALLE DEL 1% DE RETENCION DEL IVA.

LUGAR DE ENTREGA:ALMACEN, HOSPITAL NACIONAL NUEVA CONCEPCION,

  Titular o Designado	_____
_____	Suministrante