

## 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)



**GOBIERNO DE EL SALVADOR**

Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital San Rafael

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION  
NO:20254113

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:

**Santa Tecla 27 de Junio del 2017**

No.Orden:207/2017

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

CENTRO DE ASISTENCIA DENTAL MEYER, S. A. DE C. V.

06140802901010

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	<u>LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Instrumental y Materiales de Uso Odontologico</u>	-	-
4	Cada Uno	20205030 FLUOR EN GEL, FLUOR FOSFATO ACIDULADO AL 1.23% ION FLUOR, FRASCO PLASTICO DE 16 ONZ. FLUIDAS(Fluor en gel, flúor fosfato acidulado al 1.23 % ion flúor, frasco de 16 oz fluidas, Marca: MASTER-DENT, Origen: USA)(R-4)	\$12.50	\$50.00
7	Cada Uno	20204147 RESINA DE FOTOPOLIMERIZADO, ESTUCHE COMPUESTO POR DOS JERINGAS, 3-4G. CADA UNA, COLORES A2, A3, A3.5, A2/B2 Y/O A3/D3, UN GEL GRABADOR FOSFORICO AL 35-37.5% DE 5-9 ML., PRIMER DE 2.5-8ML. ADHESIVO DE 2.5-8ML. O SISTEMA DE UN SOLO PASO, PORTAPINCELES, CON 50 O MAS APLICADORES DESECHABLES O PUNTAS DESECHABLES DE PINCELES(R-6)	\$52.50	\$367.50
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$417.50

SON: cuatrocientos diecisiete 50/100 dolares

OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL., presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura, No. de ORDEN DE COMPRA 207/2017, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 136/2017 y SOLICITUD DE COMPRA 146/2017, de ASESOR DE INSUMOS MEDICOS. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posteriora la recepción de la factura y acta del producto.

LUGAR DE ENTREGA:Almacén de Insumos Médicos del Hospital, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md. Deberá presentar NOTA DE REMISION o ENVIO cumpliendo con los requisitos necesarios para la identificación del proceso e insumos según lo detalla la Orden de Compra.

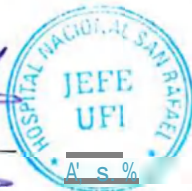
LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A



Titular o Designado

DOCUMENTO DISTRIBUIDO

FECHA: 29 JUN '2017  
U.A.C.I.  
HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL



CAP DE CV.

Utfi IHO CE ASISTENCIA DENTAL MEYER  
NRC: 23235-5 NIT: 0814-080290-101-0  
25 Calis Pte. Edif. L, Local 111, S.S.

**HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES**  
**INSTITUCIONAL**  
**TEL: 2200-5223**



**ANEXO DE LA ORDEN DE COMPRA No. 207/2017**

**COMPLEMENTO DE RENGLON 1:**

20204147 RESINA DE FOTOPOLIMERIZADO, ESTUCHE COMPUESTO POR DOS JERINGAS, 3-4G. CADA UNA, COLORES A2, A3, A3.5, A2/B2 Y/O A3/D3, UN GEL GRABADOR FOSFORICO AL 35-37.5% DE 5-9 ML., PRIMER DE 2.5-8ML. ADHESIVO DE 2.5-8ML. O SISTEMA DE UN SOLO PASO, PORTAPINCELES, CON 50 O MAS APLICADORES DESECHABLES O PUNTAS DESECHABLES DE PINCELES (Resina de fotopolimerizado, estuche compuesto por 2 jeringas de 4gr (1A2 y 1A3], acido fosfórico al 35-37% de 2 gr, adhesivo de 5gr y puntas aplicadoras, Marca: TE-ECONOM PLUS/IVOCLAR VIVADENT, Origen: USA)(R-6)

**ENTREGA:** 1-10 días hábiles contados a partir del día siguiente después de distribuida la Orden de Compra.

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo del Dr. Carlos Ernesto Godines Valencia, Asesor de Suministros Médicos, de este hospital, quien actuara de conformidad a lo dispuesto en el numeral 6.10 del Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública y en la LACAP.

Al momento de la entrega del producto o servicio, traer sello para sellar Acta de Recepción. Para evitar inconvenientes en el pago de su factura, sacar QUEDAN, después de la entrega del producto.

**RECURSOS PROPIOS**

  
SUMINISTRANTE

**CAD MEYER, S.A. DE CV.**  
CENTRO DE ASISTENCIA DENTAL MEYER  
NRC: 23295-5 NIT: 0814-080290-101-0  
25 Calle Pte. Edif. L, Local 111, S.S.  
PBX: 2245-6600