



# GOBIERNO DE EL SALVADOR

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

UNIDAD DE ADQUISICIONES

UACI del Hospital San Rafael

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISIÓN  
NO:20254101

## ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

**Santa Tecla 25 de Enero del 2018**

No.Orden:14/2018

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

**GUARDADO, S.A. DE C.V.**

06142808921104

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Alimentos para Personas (Fórmulas)	-	-
220	Cada Uno	Código 50111243 - FORMULA INFANTIL EN POLVO PARA PREMATUROS, LATA DE 400 A 500 GRS - (NAN Prematuros de 400 gramos, desde el nacimiento; Código: NT140; Marca: NESTLE; Origen: Holanda; Presentación: Lata de 400 gramos; Vencimiento: No menor a 24 meses) (R-3)	\$6.58	\$1,447.60
600	Cada Uno	Código 50111246 - FORMULA INFANTIL EN POLVO DE INICIO DE 0 A 6 MESES, LATA DE 400 A 500 GRAMOS (CON NUCLEOTIDOS Y PUFAS) - (NAN Optipro 1 de 400 gramos, de 0 a 6 meses; Código: NT062; Marca: NESTLE; Origen: México; Presentación: Lata de 400 gramos; Vencimiento: No menor a 24 meses) (R-4)	\$3.27	\$1,962.00
60	Cada Uno	Código 50111249 - FORMULA INFANTIL EN POLVO DE SEGUIMIENTO DE 6 A 12 MESES, LATA DE 400 A 500 GR - (NAN Optipro 1 de 400 gramos, de 6 a 12 meses; Código: NT068; Marca: NESTLE; Origen: México; Presentación: Lata de 400 gramos; Vencimiento: No menor a 24 meses) (R-5)	\$3.42	\$205.20
60	Cada Uno	Código 50111258 - FORMULA INFANTIL EN POLVO, LIBRE DE LACTOSA, LATA DE 375 A 500GR. - (NAN sin Lactosa de 400 gramos; Código: NT080; Marca: NESTLE; Origen: Holanda; Presentación: Lata de 400 gramos; Vencimiento: No menor a 24 meses) (R-7)	\$5.79	\$347.40
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$3,962.20

SON: tres mil novecientos sesenta y dos 20/100 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 14/2018, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 27/2018 y SOLICITUD DE COMPRA 34/2018, de ALIMENTACION Y DIETAS. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del producto y se depositará en la cuenta bancaria proporcionada or el contratista según DECLARACIÓN JURADA DE PAGO (Anexar Declaración para ser presentada en la UFI).

LUGAR DE ENTREGA:Almacén de Insumos No 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 ENE 2018

U.A.C.I.

HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL



Suministrante



**ANEXO DE LA ORDEN DE COMPRA No. 14/2018**

**ENTREGAS:**

No. RENGLÓN	DETALLE DE ENTREGA
3	Entregas mensuales de 55 latas, dentro de los primeros 5 Días Hábles de los meses de febrero, marzo, abril y mayo 2018.
4	Entregas mensuales de 150 latas, dentro de los primeros 5 Días Hábles de los meses de febrero, marzo, abril y mayo 2018.
5	Entregas mensuales de 15 latas, dentro de los primeros 5 Días Hábles de los meses de febrero, marzo, abril y mayo 2018.
7	Entregas mensuales de 15 latas, dentro de los primeros 5 Días Hábles de los meses de febrero, marzo, abril y mayo 2018.

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo del Sr. José Daniel Alvarenga, Cocinero; la Licda. Roxana Guillen de Luna, Colaborador Técnico en Nutrición y la Licda. Sandra del Carmen Martínez Rodríguez, Colaborador Técnico en Nutrición; todos del Departamento de Alimentación y Dietas, de este hospital, quienes actuaran conjunta o separadamente 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 inmediatamente, después de la entrega del producto y hacer entrega de la DECLARACIÓN JURADA DE PAGO.

*SI EN ALGUNO DE LOS RENGLONES LO ADJUDICADO PASA DE \$ 3,000.00, DEBERÁ REALIZAR LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES AL PAGO DE ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD Y ENTREGA DE MUESTRAS POR CADA LOTE A DESPACHAR (FA VOR PRESENTAR RECIBO DE PAGO).*

Todos los documentos generados en el proceso de compra forman parte integrante de esta Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes.

FONDO GENERAL

  
  
**SUMINISTRANTE**  
**DOCUMENTO DISTRIBUIDO**  
**FECHA 29-ENE-18**  
**U.A.C.I.**  
**HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL**