

**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:  
020254107

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Lugar y Fecha:

**Santa Tecla 13 de Noviembre del 2020**

**No.Orden:194/2020**

**RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE**

**NIT**

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

**05110804021017**

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR      |
|----------|------------------|--|----------|------------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL      |
| -        | -                | LINEA:0202 Atención Hospitalaria— MEDIO DE CONTRASTE   | -        | -          |
| 271      | Cada Uno         | CODIGO: 10403020 MEDIO DE CONTRASTE YODADO AL (30-50)% NO IONIZADO, FRASCO VIAL (30-50)ml (R-01) | \$30.00  | \$8,130.00 |
| -        | -                | TOTAL.....   | -        | \$8,130.00 |

**SON: OCHO MIL CIENTO TREINTA 00/100 DOLARES**

**DESCRIPCION SEGÚN LO OFERTADO:**

**RENGLÓN No. 01:** Medio de Contraste no iónico, 300mg l/ml, Frasco Vial de 50ML C/U. Marca: GE Healthcare Origen: Irlanda, Vencimiento: 12-2022.

Forman parte integrante de la Orden de Compra, con plena fuerza obligatoria para las partes, los documentos siguientes: a) La Solicitud de Cotización, b) La oferta de la contratista presentada en el Hospital; c) La interpretación e instrucción sobre la forma de cumplir las obligaciones formuladas por el HOSPITAL.

**OBSERVACION:** Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de **TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL**, presentar duplicado cliente, establecer en la factura, **DESCRIPCIÓN DEL CODIGO SINAB**, No. de **ORDEN DE COMPRA 194/2020**, No. de **SOLICITUD DE COTIZACION 150/2020** y No. de **SOLICITUD DE COMPRA 163/2020**. De RADIOLOGIA, el pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del bien o servicio y se depositará en la cuenta corriente proporcionada por el contratista según **DECLARACION JURADA DE PAGO** (anexar declaración para ser presentada en la UFI).







Al momento de la entrega del bien 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.

**LUGAR DE ENTREGA:** Almacén de de Insumos Médicos del Hospital Nacional San Rafael, 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. Favor concertar cita al 2594-4000 Ext. 4068

**PLAZO DE ENTREGA:** 1-5 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 de la Licda. Ana Elizabeth Ventura Álvarez, Jefe de Radiología, 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.

Cuando aplique **PAGO DE ANÁLISIS** deberá realizarlo, con base al **ACUERDO No. 887**, del **MINISTERIO DE HACIENDA RAMO DE HACIENDA**, de fecha 21 de mayo 2013 y presentar recibo de pago de análisis de control de calidad del ministerio de salud.

|  |  |
|--|--|
| <br>Titular o Designado | <p align="center"><b>DOCUMENTO DISTRIBUIDO</b></p> <p align="center">FECHA: <b>19 NOV 2020</b></p> <p align="center"><b>U.A.C.I.</b><br/><b>HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</b></p>   |
| <br>Suministrante       |    |