

|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
|  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>                 | FONDO GENERAL         |
| Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad | UNIDAD DE ADQUISICIONES                        | PREVISION NO:20254313 |
| UACI del Hospital San Rafael                             | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL                 |                       |
|  | <b>UNIDAD SOLICITANTE: SERVICIOS GENERALES</b> |                       |

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

|                |   |                  |
|----------------|---|------------------|
| Lugar y Fecha: | <b>Santa Tecla 28 de Febrero del 2022</b> | No.Orden:33/2022 |
|----------------|---|------------------|

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b> | <b>NIT</b>     |
| IMPRESOS DOBLE G, S.A. de C.V.        | 06141006081023 |

| CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR    |
|----------|------------------|--|----------|----------|
|          |                  |  | UNITARIO | TOTAL    |
| -        | -                | LÍNEA:0202 Atención Hospitalaria--FORMULARIO PARA REGISTRO DIARIO DE CONSULTA                              | -        | -        |
| 16500    | Cada Uno         | Código: 80509247 FORMULARIO PARA EL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES PREVENTIVAS (R-1) | \$0.03   | \$495.00 |
| -        | -                | <b>TOTAL.....</b>  | -        | \$495.00 |

SON: cuatrocientos noventa y cinco 00/100 dólares

**ESPECIFICACIONES SOLICITADAS:**  
**SE REQUIERE LA ELABORACION DE 16,500 FORMULARIOS EN PAPEL DE EMPAQUE , PRESENTACION EN PAQUETES DE 1,000 FORMULARIOS CADA UNO Y UN PAQUETE DE 500 FORMULARIOS.**

**DESCRIPCION SEGÚN LO OFERTADO:**  
**Renglón No.1 FORMULARIO PARA EL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES PREVENTIVAS**

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) Las modificaciones que surjan y d) 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 TESORERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL "SAN RAFAEL", presentar duplicado cliente, establecer en la factura, DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SINAB, No. de ORDEN DE COMPRA 33/2022, No. de SOLICITUD DE COTIZACIÓN 037/2022 y No. de SOLICITUD DE COMPRA 048/2022, 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

**LUGAR DE ENTREGA:** Almacén de Insumos No Médicos del Hospital Nacional San Rafael, la recepción se realizará en días hábiles. 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. Al momento de la entrega del bien, traer sello, por favor concertar cita al 2594-4063- 2594-4066

**PLAZO DE ENTREGA:** DE 1 A 15 días Hábiles, Después De Aprobado el arte.

**LA ADMINISTRACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA,** estará a cargo del SEÑOR Juan Ángel Dávila Álvarez, encargado de impresiones. de Este Hospital, quien actuará, 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

LUGAR DE NOTIFICACIONES DEL PROVEEDOR: TELEFONO 2221-6639 NOMBRE DE CONTACTO REBECA DE ROSALES CORREO ELECTRONICO impresosdobleg@hotmail.com

|   |  |
|---|--|
| <br><br>Titular o Designado | <br><br> |
| <br>                        | <br><br>Suministrante  |