



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL  
NACIONAL  
SANTA GERTRUDIS



## 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 ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y Artículo 12 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”

F) \_\_\_\_\_

Jefe U. C. P.



		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>		
Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente		UNIDAD DE COMPRAS		PREVISION NO:
UCP del Hospital de San Vicente		PUBLICAS		
<b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>				
Lugar y Fecha:		<b>San Vicente 26 de septiembre del 2023</b>		<b>No. Orden:065/2023</b>
<b>RAZÓN SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>				<b>NIT</b>
SIEMENS HEALTHCARE, S.A				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0101 Dirección y Administración Institucional---FONDO GENERAL.	-	-
1	C/U	<b>R1-70105952. SE SOLICITA:</b> MONITOR A COLOR 19", GRADO MEDICO (MONITOR 19" A COLOR DSHC(CON RECAMBIO) PARA USO EN EQUIPO DE RAYOS X LUMINOS TF). <b>OFERTARON:</b> MONITOR A COLOR 19", GRADO MEDICO (MONITOR 19" COLOR DSHC(CON RECAMBIO ) PARA USO EN EQUIPO DE RAYOS X LUMINOS TF). <b>PRESENTACIÓN:</b> UNIDAD <b>MARCA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>ORIGEN:</b> ESPAÑA/ALEMANIA/CHINA; <b>VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:</b> N/A; <b>CASA REPRESENTADA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>CLASIFICACION DE EMPRESA:</b> MEDIANO CONTRIBUYENTE. <b>GARANTÍA:</b> 6 MESES POR DEFECTOS DE FABRICA. <b>PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA:</b> 30 DIAS HÁBILES; <b>FORMA DE PAGO:</b> CRÉDITO 60 DÍAS. <b>TIEMPO DE ENTREGA:</b> 20-25 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECEPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. <b>NOTA:</b> SE ENTIENDE POR RECAMBIO SIEMPRE Y CUANDO EL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE ENTREGA A SIEMENS HEALTHCARE EL MONITOR DEFECTUOSO PARA SU DEVOLUCIÓN A FABRICA.	\$4,335.61	\$4,335.61
1	C/U	<b>R2-70105024. SE SOLICITA:</b> TUBO EMISOR DE RAYOS X (EMISOR DE RAYOS X MODELO OPTI 150/40/80 HC-100(CON RECAMBIO) PARA USO DE EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL MULTIX MP). <b>OFRECEN:</b> TUBO EMISOR DE RAYOS "X"(EMISOR DE RAYOS X MODELO OPTI 150/40/80 HC-100(CON RECAMBIO)) PARA USO EN EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL MULTIX MP. <b>PRESENTACIÓN:</b> UNIDAD; <b>MARCA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>ORIGEN:</b> ALEMANIA/CHINA; <b>VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:</b> N/A; <b>CASA REPRESENTADA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>CLASIFICACIÓN DE EMPRESA:</b> MEDIANO CONTRIBUYENTE. <b>GARANTÍA:</b> 6 MESES POR DEFECTOS DE FABRICA; <b>PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA:</b> 30 DÍAS HÁBILES; <b>FORMA DE PAGO:</b> CRÉDITO 60 DÍAS. <b>TIEMPO DE ENTREGA:</b> 20-25 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECEPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. <b>NOTA:</b> SE ENTIENDE POR RECAMBIO SIEMPRE Y CUANDO EL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE ENTREGA A SIEMENS HEALTHCARE EL EMISOR DE RAYOS "X" DEFECTUOSO PARA SU DEVOLUCIÓN A FABRICA.	\$22,565.00	\$22,565.00
1	C/U	<b>R3-70105022. SE SOLICITA:</b> TARJETA ELECTRÓNICA PRINCIPAL PARA EQUIPO DE RAYOS X (TARJETA D54 BLACK PLANE(RECAMBIO)). <b>OFERTARON:</b> TARJETA ELECTRÓNICA PRINCIPAL PARA EQUIPO DE RAYOS "X" (TARJETA D54 BLACK PLANE (RECAMBIO)). <b>PRESENTACIÓN:</b> UNIDAD; <b>MARCA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>ORIGEN:</b> ESPAÑA/ALEMANIA; <b>VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:</b> N/A; <b>CASA REPRESENTADA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>CLASIFICACION DE EMPRESA:</b> MEDIANO CONTRIBUYENTE. <b>GARANTÍA:</b> 6 MESES POR DEFECTOS DE FABRICA; <b>PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA:</b> 30 DÍAS HÁBILES; <b>FORMA DE PAGO:</b> CRÉDITO 60 DÍAS. <b>TIEMPO DE ENTREGA:</b> 20-25 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECEPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. <b>NOTA:</b> SE ENTIENDE POR RECAMBIO SIEMPRE Y CUANDO EL HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS SAN VICENTE ENTREGA A SIEMENS HEALTHCARE LA TARJETA D54 DEFECTUOSO PARA SU DEVOLUCIÓN A FABRICA.	\$3,780.96	\$3,780.96
1	C/U	<b>R4- 70119685. SE SOLICITA:</b> TEMPORIZADOR 556 (TIME SWITCH K5 PARA USO EN EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL MARCA SIEMENS MODELO MULTIX MP). <b>OFERTARON:</b> TEMPORIZADOR 556 (TIME SWITCH K5) PARA USO EN EQUIPO DE RAYOS X DIGITAL MARCA SIEMENS MODELO ULTIX MP. <b>PRESENTACIÓN:</b> UNIDAD; <b>MARCA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>ORIGEN:</b> ESPAÑA/ALEMANIA; <b>VENCIMIENTO DEL PRODUCTO:</b> N/A; <b>CASA REPRESENTADA:</b> SIEMENS HEALTHCARE; <b>CLASIFICACIÓN DE EMPRESA:</b> MEDIANO CONTRIBUYENTE. <b>GARANTÍA:</b> 6 MESES POR DEFECTOS DE FABRICA; <b>PERIODO DE VALIDEZ DE LA OFERTA:</b> 30 DÍAS HÁBILES; <b>FORMA DE PAGO:</b> CRÉDITO 60 DÍAS. <b>TIEMPO DE ENTREGA:</b> 20-25 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA.	\$569.57	\$569.57
		PLAZO DE ENTREGA, TOTAL 25 DÍAS HÁBILES		
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$31,251.14
SON: treinta y un mil doscientos cincuenta y uno 14/100 dólares				

**OBSERVACIÓN:** SEGÚN SOLICITUD DE COMPRA RECIBIDA EN FECHA 14/08/2023; SERVICIO SOLICITADO POR EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO; EL HOSPITAL DELEGA A EL SR. SAUL ERASMO MANZANARES, OBRERO DE MANTENIMIENTO I; COMO ADMINISTRADOR DE LA COMPRA Y SERA EL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA, NÚMEROS DE CONTACTO: **TELÉFONO (503): 2393-9541. DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO, saul.manzanares@salud.gob.sv**, ASÍ MISMO SERA EL ENLACE ENTRE EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE. ORDEN DE COMPRA REALIZADA SEGÚN EL **PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA POR CALIFICATIVO DE URGENCIA Ref. No. CD-CU 005/2023 HNSG – ADQUISICIÓN DE REPUESTOS PARA RAYOS X**; Y POR MOTIVO DE CIERRE CONTABLE, NO SE RECIBIRÁN SUMINISTROS Y NO SE DARA TRAMITE A FACTURAS Y DOCUMENTOS DE PAGO, EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS DE CADA MES; ADEMÁS LA ENTREGA COMPRENDE, ENTREGAR ACTA Y FACTURA A LA UNIDAD FINANCIERA, TELÉFONO (503): 2393-9524 Y 2393-9597, PARA COMPLETAR EL PROCESO, CASO CONTRARIO SE TENDRÁ POR NO ENTREGADO EL SERVICIO O PRODUCTO QUE SE TRADUCIRÁ EN INCUMPLIMIENTO DE ENTREGA. **ADEMÁS, DEBERÁN PASAR A RETIRAR Y FIRMAR ORDEN DE COMPRA EN ORIGINAL, EN LA U. C. P. DEL HOSPITAL, DE LO CONTRARIO QUEDARA A CRITERIO DEL ALMACÉN SI ACEPTA RECIBIR EL PRODUCTO O NO. NOTA:** AL MOMENTO DE TRAMITAR EL QUEDAN RESPECTIVO DEBERÁN PRESENTAR LA FACTURA EN ORIGINAL, DECLARACIÓN JURADA PARA FINANCIERO Y EL CERTIFICADO DE REGISTRO DE LAS MYPE.

**LUGAR DE ENTREGA:** EN EL ALMACÉN GENERAL DEL HOSPITAL, UBICADO ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DEL BARRIO SAN FRANCISCO, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE; EN HORARIO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS Y DESDE LAS 13:00 HORAS HASTA LAS 14:30 HORAS, EL DIA 31 DE OCTUBRE DEBE COMPLETAR LA ENTREGA DE EL SUMINISTRO. COMUNICARSE CON TELÉFONO (503): 2393-9566 PARA CUALQUIER DUDA ACERCA DE LA ENTREGA EN DICHO ALMACÉN; CABE MENCIONAR QUE NUESTRA INSTITUCIÓN ES AGENTE DE RETENCIÓN DEL 1%.

**LUGAR DE NOTIFICACIONES:** EL HOSPITAL ENTRE LA 4ta. Y 8va. CALLE ORIENTE Y 2da. AVENIDA SUR No. 23, DE LA CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE, TEL (503): 2393-9510. [santa.ponce@salud.gob.sv](mailto:santa.ponce@salud.gob.sv); Y, **SIEMENS HEALTHCARE S.A**; Calle Siemens #43 Parque Industrial Santa Elena Antiguo Cuscatlán.; **Persona de Contacto:** Jaime Orlando Hernandez Belloso; Teléfono: 22487333-2248-7141, [Gerardo.duran@simens-healthineers.com](mailto:Gerardo.duran@simens-healthineers.com) y [jaimе.hernandez@healthineers.com](mailto:jaimе.hernandez@healthineers.com)

  
*Dr. Reynaldo Antonio Reina Meléndez*  
*Director del Hospital*

\_\_\_\_\_  
Titular o Designado

*Elaborado por: Lastenia Ponce.*