



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
“Dr. Juan José Fernández”
Zacamil, Mejicanos, S.S.



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 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

| SUMINISTRANTE: INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C. V. | | ORDEN DE COMPRA N° | 3215-256-2020 | | |
|---|---|--------------------|-----------------|--------------|--|
| NIT: | | SOLICITUD N° | 067/2020 | | |
| PLAZO DE ENTREGA: 10 DIAS HABILES AL RECIBIR O/C | | FECHA | 1-Jul-2020 | | |
| LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN GENERAL | | | | | |
| UNIDAD SOLICITANTE: HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA | | | FORMA DE PAGO | | |
| ADMN. DE ORDEN: DR. CARLOS ALFREDO ESCOBAR HERRERA. SR. JAVIER PEREZ | | | CRÉDITO 60 DÍAS | | |
| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
| 1 | Ofrecen: Cama Hospitalaria Manual de 3 movimientos. Marca: Sigma Care/B-life. Origen: Taiwan. Código: 14262091 / 14262123. Garantía: 1 AÑO, contra desperfectos de fábrica NO por mal uso. Especificaciones: Cama con superficie plana de acero sin resortes. Cabeceros y pieceros desmontables de plástico con interruptor de seguridad. Altura ajustable: Inclinación del respaldo: 0 - 85°. Inclinación de rodilla: 0 - 40°. Elevación de altura: 320 - 670 mm. Capacidad de carga estática: 180kg (396.832 libras). Dimensión total: 2130 largo x 1010 ancho mm. Sistemas manuales de manivela para elevaciones de respaldo, rodillas y altura ajustable, manivelas ocultas (plegable). 4 rodos de 4", con sistema de freno, giratorias 360° que permiten mayor maniobrabilidad de la cama. Chasis construido de acero con recubrimiento antibacterial especial. Barandas laterales a ambos lados de la cama de aluminio y ABS, con seguro, para seguridad del paciente, completamente plegables. 1 Porta Suero. 1 colchón de espuma tipo hospitalario de alta densidad (18kg aprox) de 5" de espesor forrado de semiciero, resistente a líquidos de desinfección adecuados de uso hospitalario. | C/U | 10 | \$ 828.00 | \$ 8,280.00 |
| MONTO EN LETRAS: OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA .00/100 DOLARES | | | | | \$ 8,280.00 |
| Específico | 61102 | | | | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$ | \$ 8,280.00 | | | | Fondo: FONDO GENERAL, FONDOS PROPIOS |

JUSTIFICACION: ES NECESARIO EL SUMINISTRO DE ESTAS CAMAS PARA SUSTITUIR LAS CAMAS QUE SE HAN DAÑADO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, CIRUGIA Y PEDIATRIA, QUE YA NO TIENEN REPARACION. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD #1555



MINISTERIO
DE SALUD

Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

| RGN. | DESCRIPCIÓN | U/M | CANTIDAD | PRECIO U. \$ | TOTAL \$ |
|------|-------------|-----|----------|--------------|----------|
|------|-------------|-----|----------|--------------|----------|

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

| | | | |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|-----------------|---------------------|----------------|---|