



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)**

**HOSPITAL**  
NACIONAL  
ZACAMIL



**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**

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

SUMINISTRANTE: <b>SALVAMEDICA S.A DE C.V</b>		N° ORDEN DE COMPRA		3215-231-2021	
NIT:		N° SOLICITUD		196-2021	
PLAZO DE ENTREGA: <b>01 DIA HABIL, DESP. DE RECIBIR O/C</b>		FECHA		14/10/2021	
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>					
UNIDAD SOLICITANTE: <b>SALA DE OPERACIONES</b>			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: <b>DR. ARISTIDES RIVAS SANTOS</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<p><b>A. SOLICITADO:</b> CÓDIGO: 60303863/42142801</p> <p><b>B. DESCRIPCIÓN:</b> Unidad de Presoterapia para Piernas que incluya KIT DE COMPRESION NEUMATICA, intermitente para profilaxis de trombosis venosa profunda con medias de compresión graduadas a muslo tobillo 18mm 14mm rodilla 8mm muslo 10mm, funda de compresión de rodilla.</p> <p><b>C. OFERTAMOS:</b> KIT DE COMPRESION NEUMATICO INTERMITENTE PARA PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CON MEDIAS DE COMPRESION GRADUADAS A MUSLO: TOBILLO 18MMHG- GEMELO: 14MMHG, RODILLA: 8MMHGG, Y PARTE INFERIRO MUSLO: 10MMHG Y MANGAS DE COMPRESIÓN: 30-40-45 MMHG A RODILLA DE DIFERENTES TALLAS. REF. 3728LF Y 73023.</p> <p><b>D. MARCA:</b> CARDINAL HEALTH/COVIDIEN</p> <p><b>E. ORIGEN:</b> COSTA RICA</p> <p><b>F. PRESENTACIÓN:</b> KIT CONTIENE: UN PAR DE MANGAS DE COMPRESION NEUMATICO INTERMITENTE PARA AMBAS PIERNAS A RODILLA Y UN PAR DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA ANTIEMBOLICA PARA AMBAS PIERNAS A MUSLO. <b>G. PLAZO DE ENTREGA:</b> 01 DIA HÁBIL, DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.</p> <p><b>H. CÓDIGO "DNM"</b> 3728LF: IM089817122020 73023: IM079305112020,29525: IM079305112020</p> <p><b>NOTA:</b> AL SER ADJUDICADOS SE ENTREGARÁ EN CALIDAD DE COMODATO UN COMPRESOR SCD EXPRESS 700, MODELO: 29525, CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: COMPRESIÓN SECUENCIAL: (DIFERENTES PRESIONES (TOBILLO-PANTORRILLA- PIERNA) GRADIENTE: NIVELES DE PRESION DESCENDIENTES CIRCUFERENCIAL: PRESION ALREDEDOR DE LA PIERNA EVALUANDO AL INICIO EL LLENADO Y CADA 30 MIN. EL RELLENADO VASCULAR DE FORMA AUTOMATICA, AJUSTANDO LOS CICLOS DE COMPRESION PERSONALIZADO OPTIMIZANDO EL RETORNO VENOSO. LOS DAÑOS DERIVADOS DEL MAL USO O EXTRAVÍO DEL EQUIPO SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN.</p>	C/U	36	\$ 79.00	\$ 2,844.00
<b>MONTO EN LETRAS: DOS MIL, OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO DOLARES CON 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 2,844.00</b>
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 2,844.00				Fondos: General

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**

Justificación: ES NECESARIO LA ADQUISICION DE LA UNIDAD DE PRESOTERAPIA, COMPRESION NEUMATICAS PARA LOS PACIENTES QUE SALEN DE CIRUGIA DE SALA DE OPERACION DE ESTE HOSPITAL . 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 # 1028-2021

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