



20 AGO 2015

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

Lugar y Fecha: San Miguel, 14 de agosto de 2015

No de Orden: 337

Solicitante: Unidad de Cuidados Intensivos Adulto

Solicitud No: 001/2015

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

OXI-RENT, S.A. DE C.V.

NIT: 9483-301007-101-1

Clasificación: Micro Empresa

Dirección: Intersección Av. Jerusalén y Carretera Panamericana Hipermall Las Cascadas, 2do. Nivel, Local FC01. TEL: 2243-1156

Adquisición de materiales de uso médico para la unidad de cuidados intensivos adultos.

CANT.	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
50	C/U	10600003	Pieza en T para nebulizar Circuito Adulto. Marca: VADI MEDICAL. ORIGEN: TAIWAN	\$ 4.60	\$ 230.00
500	C/U	10100050	Filtro Intercambia Calor Humedad BB100AF. Marca: PALL MEDICAL. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS/REINO UNIDO (UK)	\$ 4.00	\$ 2,000.00
500	C/U	10600433	Sonda Sistema Cerrado Endotraqueal #14. ORIGEN: TAIWAN.	\$ 10.50	\$ 5,250.00
150	C/U	10100010	Circuito de anestesia Adulto con bolsa de pulmón de prueba de 3 litros. ORIGEN: TAIWAN	\$ 6.00	\$ 900.00
150	C/U	10100010	Circuito de anestesia Adulto sin bolsa de pulmón de prueba. ORIGEN: TAIWAN	\$ 4.00	\$ 600.00
<b>TOTAL US:</b>				\$	<b>8,980.00</b>

(TOTAL EN LETRAS) OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

<b>OBSERVACION</b> Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	---

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
FECHA DE ENTREGA:	2 DIAS HABILES	FORMA DE PAGO:	CREDITO 30 DIAS

F. *[Signature]*  
Dra. Juana Elizabeth Hernández de *[Signature]*  
DIRECTORA HOSPITAL



Elaboró:  
Miguel Alexander Méndez Rivas

Administrador de la Orden:  
Yosabel Blanco de Vasquez  
PBX: 2665-6100 EXT: 1245