

## **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 ello 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)**

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”**



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

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 7 de Enero de 2016. **No de Orden:** 1

**Solicitante:** Unidad Renal **Solicitud No:** 1/2016

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **Nipro Medical Corporation Suc. El Salvador.** **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]

**Clasificación:** Mediana Empresa

**Dirección:** Carretera Panamericana y Calle Antigua Ferrocarril, Antiguo Cuscatlán, La Libertad. Tel:2243-2678

Compra de Emergencia que será utilizada en la unidad de diálisis.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
30	C/U	11203025	Dializador de fibra hueca a base de di o tri acetato de celulosa polisintano o polisulfona, coeficiente de ultrafiltración 0.9. Marca: Nipro, Origen: Japon. Vencimiento: Mínimo 2 años.	\$ 17.00	\$ 510.00

**TOTAL US:** \$ 510.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Quinientos diez 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** Inmediata **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días

**F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL DIRECCION**

**Administrador de la Orden:**  
 Dra. Leiva Garcilazo  
 Unidad Renal  
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Dumercy Antonio Cruz