

## **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)**

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
**EL SALVADOR**  
 UNAMOSNOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 26 de Enero de 2016. **No de Orden:** 11  
**Solicitante:** Anestesiología. **Solicitud No:** 1/2016  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **Ecogenesis, S.A. de C.V.** **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Microempresa  
**Dirección:** 83 avenida norte y 5ª calle poniente #4248, Col. Escalón, San Salvador. Tel: 2207-3745

Compra de servicio de monitoreo y lectura dosimetría para el personal operativo de Anestesiología.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	Precio unitario por dosimetría en cada lectura	PRECIO MENSUAL	VALOR TOTAL
12	C/U	S/C	Mensualidades de servicio de monitoreo y lectura dosimetría para el personal operativo de Anestesiología. (7 dosímetros)	\$11.30	\$ 79.10	\$ 949.20

**TOTAL US:** \$ 949.20

**(TOTAL EN LETRAS)** Novecientos Cuarenta y Nueve 20/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** Entrega directa a hospital, a coordinar con el servicio. **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días.

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Lic. Elmer Antonio Cruz Argueta  
 Anestesiología  
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Dumercy Antonio Cruz

