

## **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, 13 de Mayo de 2016

**No de Orden:** 266

**Solicitante:** Departamento de Suministros

**Solicitud No:** 011/2016

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.**

**NIT :**

**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA

**NCR:**

**Dirección:** 25 Avenida Norte # 340 San Salvador. Teléfono: 2208-5612

Compra de Insumos Médicos Críticos y Agotados, necesarios para cubrir Mayo 2016.

R	CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
207	285	C/U	10701020	ADHESIVO QUIRURGICO DE PAPEL MICROPOROSO, HIPOALERGENICO. 3" X 10 YARDAS. ROLLO. MARCA: MOTEX/ECOPORE. ORIGEN: CHINA/TAIWAN. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS.	\$ 1.43	\$ 407.55

**TOTAL US:** \$ 407.55

**(TOTAL EN LETRAS)** CUATROCIENTOS SIETE 55/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

**OBSERVACION**

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.-

**INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:**

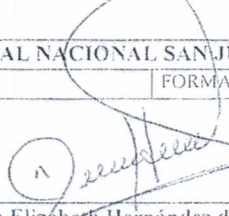
**TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:** Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la 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.

**FECHA DE ENTREGA:**

**HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL**  
 3-5 DÍAS HÁBILES      FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DÍAS.

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Lic. Luis Alfredo Avalos Cerna  
 Jefe del Depto. de Suministro  
 PBX: 2665-6100 Ext.1173

**Elaboró:**  
 Evelyn Marisol Quintanilla Castro.