

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”



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: 13 DE MAYO DE 2016
Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS
ELECTROLAB MEDIC, S. A. DE C. V.

No de Orden: 276
Solicitud No: 011/2016
NIT Y/O NRC: [REDACTED]

Clasificación: GRAN EMPRESA
Dirección: AVE. ROOSVELT Y CALLE LOS ALMENDROS PLAZA JARDIN LOCAL #2, CONTIGUO A SUPER SELECTOS, SAN MIGUEL.

INSUMOS MEDICOS CRITICOS AGOTADOS Y NECESARIOS PARA CUBRIR MES DE MAYO DE 2016.

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
23	108	C/U	10702090	APOSITO P LEUKOMED C/PAD T PLUS 7.2 X 5 CM-UNIT. BC.61544BSM APOSITO TRANSPARENTE CON PAD 7.2 CM X 5 CM (2.8" X 2") APOSITO TRANSPARENTE CON UNA ALMOHADILLA INTERNA ALTAMENTE ABSORVENTE PARA HERIDAS EXHUDATIVAS. APOSITO ESTERIL, APOSITO RESPIRABLE E IMPERMEABLES.	\$1.41	\$152.28
24	251	C/U	10702095	APOSITO P LEUKOMED C/PAD T PLUS 8 X 15 CM-UNIT. BC.61545BSN APOSITO TRANSPARENTE CON PAD 8 CM X 15 CM (3.1" X 6") APOSITO TRANSPARENTE CON UNA ALMOHADILLA INTERNA, ALTAMENTE ABSORVENTE PARA HERIDAS EXHUDATIVAS. APOSITO ESTERIL, APOSITO RESPIRABLE E IMPERMEABLE.	\$2.26	\$567.26
26	143	C/U	10702100	APOSITO P LEUKOMED C/PAD T PLUS 10 X 25 CM-UNIT BC. 61546 BSN APOSITO TRANSPARENTE CON PAD PARA PROTECCION 10CM X 25CM (4" X 9.8"), APOSITO TRANSPARENTE CON UNA ALMOHADILLA INTERNA, ALTAMENTE ABSORVENTE PARA HERIDAS EXHUDATIVAS, APOSITO ESTERIL, APOSITO RESPIRABLE E IMPERMEABLE.	\$2.37	\$338.91
TOTAL US:						\$ 1,058.45

UN MIL CINCUENTA Y OCHO 45/100DOLARES 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.
LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	
FECHA DE ENTREGA:	3 DIAS HABILES.	FORMA DE PAGO: CREDITO
<p align="center">F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales DIRECTORA HOSPITAL</p>		
Administrador de la Orden: Lic. Luis Alfredo Avalos Cerna PBX: 2665-6100 EXT:1173	Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla Castro	