

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)

MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 5 de Julio de 2016 **No de Orden:** 366
Solicitante: Laboratorio Clínico **Solicitud No:** 9/2016
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **Diagnostika Capris, S.A. de C.V.** **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa
Dirección: 61 av. Norte #160 Colonia Escalón, San Salvador. Tel: 2260-2222

Insumos de laboratorio necesarios para abastecer dos meses debido a la alta demanda de pacientes.

R	CANTIDAD	UM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	100	C/U	30106408	Prueba para la determinación de anticuerpo IgG de toxoplasma Gondii, método automatizado.	\$ 2.80	\$ 280.00
5	100	C/U	30106428	Prueba para la determinación de anticuerpo IgM de toxoplasma Gondii, método automatizado.	\$ 2.80	\$ 280.00
7	100	C/U	30106415	Prueba para la determinación de anticuerpo IgG de citomegalovirus, método automatizado.	\$ 2.80	\$ 280.00
8	100	C/U	30106416	Prueba para la determinación de anticuerpo IgM de citomegalovirus, método automatizado.	\$ 2.80	\$ 280.00

TOTAL US: \$ 1,120.00

(TOTAL EN LETRAS) Mil ciento veinte 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

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 Quedas, 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: 20 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Crédito 60 días

E. *[Firma]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Lic. Mercedes del Carmen Ventura
 Jefe de Laboratorio Clínico.
 PBX: 2665-6100 **Elaboró:** Dumerey Antonio Cruz

