

## **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, 12 de julio de 2016 No de Orden: 383  
 Solicitante: Departamento de Suministro Solicitud No: 012/2016  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: LABORATORIO DB, S.A. DE C.V. NIT: [REDACTED]  
 Clasificación: Mediana empresa  
 Dirección: 9ª Calle Poniente N.º 4412, Colonia Escalón, San Salvador. TEL: 2263-9088

Jabón de gluconato de clohexidina al 4% sin dispensador, galón

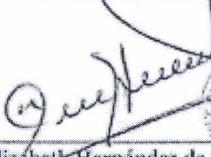
R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	300	C/U	11800062	Galones. CLORHEXIDINA DB 4%. Jabón de Gluconato de clohexidina al 4%. Presentación: Galón. Marca: DB. Origen: el Salvador. Vencimiento del producto: no menor de 24 meses.	\$ 23.99	\$ 7,197.00

TOTAL US: \$ 7,197.00

(TOTAL EN LETRAS)-SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE 00/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

<b>OBSERVACION</b> 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 Queda, 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: 100% 15 días hábiles FORMA DE PAGO: Crédito 60 días

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cerna SECCION  
 DIRECTORA HOSPITAL 

Administrador de la Orden: Lic. Luis Alfredo Avalos Cerna Jefe del Departamento de Suministro TEL: 2665-6157 PBX: 2665-6100 EXT: 1173  
 Elaboró: Miguel Alexander Méndez Rivas

ck  
D