

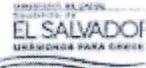
## **VERSIÓN PÚBLICA**

**“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, 08 de Agosto de 2016 ✓ **No de Orden:** 436 ✓  
**Solicitante:** Servicio de Neonatología ✓ **Solicitud No:** 01/2016 ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT :** [REDACTED]  
**Clasificación:** GRAN EMPRESA **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** 25 Avenida Norte No. 1080, Colonia Medica San Salvador. Tel: 22343200, 2234-3264.

Repuesto de Ventilador de transporte que se usa en neonatología para los bebés en estado delicado. ✓

CANTIDAD	UM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	70109030	CELULA DE OXIGENO CATEGORIA N° 4334, PARA VENTILADOR DE TRANSPORTE, MARCA: BIO-MED, MODELO: CROSSVENT 2+.	\$ 405.00	\$ 405.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 405.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** CUATROCIENTOS CINCO 00/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA ✓

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

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

**FECHA DE ENTREGA:** 45 días hábiles ✓ **FORMA DE PAGO:** CREDITO ✓

E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Candelas  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Dra. Gladis Quintanilla ✓  
 Jefe de Neonatos  
 PBX: 2665-6100 EXT: 1301

Elaboró:  
 Genara Magdalena Berrios de merino



ok