

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: 26 DE OCTUBRE DE 2016

Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.

No de Orden: 559

Solicitud No: 015/2016

NIT Y/O NRC: [REDACTED]

Clasificación: MEDIANA EMPRESA

Dirección: Paseo General Escalón, #4999, San Salvador, El Salvador, Tel. 2524-4000

INSUMOS DESIERTOS Y NO ADJUDICADOS EN LICITACION PÚBLICA No 05/2016.

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
8	25	GU	10810025	SONDA DE ALIMENTACION NASOYEYUNAL, CON MANDRIL No 12F. CON PUNTA DE TUGSTENO Y GUIA DE INTRODUCCION DE 120CM (NUTRITUB INTESTINAL CH-12), MARCA: B.BRAUN, ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES, VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES.	\$ 24.00	\$ 600.00

TOTAL US: \$ 600.00

(TOTAL EN LETRAS) SEISCIENTOS 00/100 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.
---	--	--

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

FECHA DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR O/C. **FORMA DE PAGO:** CREDITO 30 DIAS.


F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL


Administrador de la Orden:
Licdo. Luis Alfredo Avalos Cerna
PBX: 2665-6100 EXT:1173

Elaboró:
María Julia Ramírez Ramos.

85