

## **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 MEDIDENT, S.A. DE C.V. //

**No de Orden:** 561 //  
**Solicitud No:** 015/2016 //  
**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

**Clasificación:** GRAN EMPRESA

**Dirección:** Alameda Manuel Enrique Araujo y calle Amberes #103, Frente a Plaza Suiza, San Salvador.  
Tel. 2298-3176

INSUMOS DESIERTOS Y NO ADJUDICADOS EN LICITACION PÚBLICA No 052016. //

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
14	50	C/U	11101035	ARCO DE ERICH PARA FRACTURAS MAXILOFACIAL, PRESENTACION: ROLLO X 1M Y 3 MM DE DIAMETRO, MARCA: DENTAURUM, ORIGEN: ALEMANIA, VENCIMIENTO: NO APLICA.	\$ 29.15	\$ 1,457.50

**TOTAL US:** \$ 1,457.50

(TOTAL EN LETRAS) MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 50/100 DOLARES 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> 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

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

E.   
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cerna  
DIRECTORA HOSPITAL

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

**Elaboró:**  
María Julia Ramírez Ramos.

85