

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)

REPUBLICA DE EL SALVADOR
 UNAMOS NUESTROS ESFUERZOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 17 de Noviembre de 2016 // **No de Orden:** 601 //

Solicitante: DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO // **Solicitud No:** 164/2016 //

Nombre de la persona natural a jurídica suministrante **ECOIMSA DE C.V.** // **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]

Clasificación: MEDIANA EMPRESA

Dirección: Av. del prado # 1152, Urbanización Buenos Aires II, San Salvador, tel. 2225-3600

Compra de focos los cuales seran utilizados en lamparas Cieliticas, Marca: Mediland para quirófanos de este Hospital. //

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
100	c/u	7010426	Foco P/lampara Cielitica mediland 24V 150W HLK 64642 (azul)	\$ 16,95	\$ 1,695,00
100	c/u	7010426C	Foco P/lampara Cielitica mediland 24V 150W HLX 64642	\$ 16,95	\$ 1,695,00
TOTAL US:					\$ 3,390,00 //

(TOTAL EN LETRAS) Tres mil trescientos noventa 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América. //

OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	C.C.
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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SANJUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: 30 días hábiles // **FORMA DE PAGO:** Crédito //

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

Elabora:

Administrador de la Orden: // **Tec. Jorge Americo Reyes**
 Jefe Dpto. Conservación. Y Mantenimiento. Interino
 Tel. 2661-3009, PBX: 2665-6100 Ext. 1131

Luis Eduardo Cruz Campos

88