

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, 09 DE ENERO DE 2017 ✓

No de Orden: 06/2017 ✓

Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓

Solicitud No: 015/2016

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante

DIPROMEQUI, S.A. DE C.V. ✓

NIT Y/O NRC : [REDACTED]

Clasificación: MEDIANA EMPRESA

Dirección: 25 Avenida Norte #340, San Salvador. Tel. 22085612

Complemento de Solicitud de Compra 015/2016 de Insumos Médicos. ✓

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
9	10	CU	1061.0335	SONDA RECTAL No 14, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE, MARCA: MEDEX, ORIGEN: COLOMBIA, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS. GARANTÍA DEL PRODUCTO: UN AÑO.	\$ 4.00	\$ 40.00 ✓
10	10	CU	1061.0340	SONDA RECTAL No 20, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE, MARCA: MEDEX, ORIGEN: COLOMBIA, VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS. GARANTÍA DEL PRODUCTO: UN AÑO.	\$ 4.00	\$ 40.00 ✓

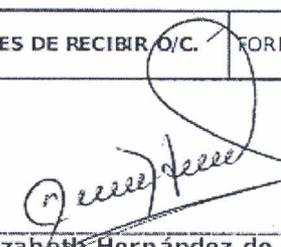
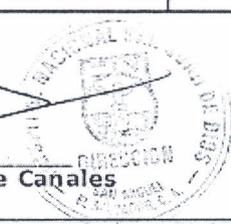
TOTAL US: \$ 80.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS) OCHENTA 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: 1-5 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR O/C. **FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 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.

82