

## **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, 02 Junio de 2017 **No de Orden:** 263/2017  
**Solicitante:** UNIDAD DE NEFROLOGÍA **Solicitud No:** 05/2017  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** NIPRO MEDICAL CORPORATION SUC. EL SALVADOR **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa **Correo Electrónico:** zulmar@nipromed.com  
**Dirección:** Carretera Panamericana y Calle Antigua Ferrocarril, Antiguo Cuscatlán, La Libertad. Tel. 2243 - 2678.

Compra de Producto en desabastecimiento crítico.

RENGLON	CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	1,360	C/U	02800205	CONCENTRADO DE ÁCIDO PARA HEMODIÁLISIS NA (136-144) MEQ/L, K2 MEQ/L, CA (1.5-3.0) MEQ/L, MG 1 MEQ/L, CL (105-110) MEQ/L POLVO O LIQUIDO BOLSA O GALÓN. MARCA: ROCKWELL. ORIGEN: USA. VENCIMIENTO: MINIMO 18 MESES. PRESENTACIÓN: CAJA EQUIVALENTE A 25 GALONES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 15 DIAS.	\$ 8.15	\$ 11,247.0
02	1,000	C/U	02800210	CONCENTRADO DE BICARBONATO PARA HEMODIÁLISIS (32-36) MEQ/L. POLVO O LIQUIDO, BOLSA O GALÓN. MARCA: NIPROCARD. ORIGEN: ESPAÑA. VENCIMIENTO: MINIMO 12 MESES. VALIDEZ DE LA OFERTA: 15 DIAS.	\$ 8.00	\$ 8,000.0

**TOTAL US:** \$ 19,247.0

**(TOTAL EN LETRAS) Diecinueve mil doscientos cuarenta y siete 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América**

<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
	<b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Queda, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/a Guardalacoste, 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:** 2 a 4 días hábiles después de recibir la OC **FORMA DE PAGO:** Crédito 60 días

**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Caudales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:** Licda. María Isabel Artas de Gámez  
 ENFERMERA JEFE UNIDAD NEFROLOGÍA  
 PBX: 2665-6100

**Elaboró:** Licda. Sofia Carolina Mendoza  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 02 JUN. 2017