

## **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)**

Lugar y Fecha: San Miguel, 16 de Febrero de 2018. No de Orden: 051/2018  
 Solicitante: CENTRO QUIRÚRGICO Solicitud No: 01/2018  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **B BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.** NIT Y / O NRC: XXXXXXXXXX  
 Clasificación: MEDIANA EMPRESA Correo electrónico: silvia.clavel@bbraunsv.com  
 Dirección: PASEO GENERAL ESCALON, # 4999. SAN SALVADOR. TEL. 2524 - 4000.

**COMPRA DE INSUMOS MEDICOS AGOTADOS EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
15	90	C/U	10702180	HEMOSTÁTICO DE COLAGENO ABSORBIBLE 5X8CM. EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL (LYOSTYPT 5X8CM). MARCA: B. BRAUN/AESCLAP. ORIGEN: ESPAÑA/OTROS PAISES FABRICANTES. VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES. VIGENCIA DE OFERTA: 60 DÍAS.	\$ 10.00	\$ 900.00
						900.00

**(TOTAL EN LETRAS):** Novecientos 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

**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, ocho 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: 3 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE FIRMA DE OC. FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS

E. Dra. Jujana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Dr. José Ismar Cruz Gonzalez, Jefe Centro Quirúrgico, PBX: 2665-6100, Ext. 1266.  
 Elaboró: Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: \_\_\_\_\_