

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: 053/2018 /
 Solicitante: CENTRO QUIRÚRGICO / Solicitud No: 01/2018
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: IC CORPORACION, S.A. DE C.V. / NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: PEQUEÑA EMPRESA. / Correo electrónico: iccorporacion.elsalvador@gmail.com
 Dirección: 21 Av. Norte # 1415. Col. Layco. San Salvador. Tel. 2235 - 7917.

COMPRA DE INSUMOS MEDICOS AGOTADOS EN CENTRO QUIRÚRGICO. /

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
24	300	C/U	11700030	GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, FRASCO DE 8 ONZAS. (240 GRS). PRESENTACIÓN: FRASCO. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS. GARANTÍA: USO UNICO DESCARTABLES. CASA REPRESENTADA: GOROSPE. MARCA DEL PRODUCTO: SONNE. PAIS DE ORIGEN: EL SALVADOR. VALIDEZ DE LA OFERTA: 45 DIAS.	\$ 1.75	\$ 525.00

(TOTAL EN LETRAS): Quinientos veinticinco 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 A 5 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE FIRMA DE OC. FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS /

E. Dra. Juana 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: _____
--	--