

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, 19 de Marzo de 2018.

No de Orden: 122/2018

Solicitante: CENTRO QUIRÚRGICO

Solicitud No: 02/2018

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: IC CORPORACION, S.A. DE C.V.

NIT Y / O NRC:

Clasificación: MICRO EMPRESA

Correo electrónico: iccorporacion.elsalvador@gmail.com

Dirección: 21 Av. Norte, N.º 1415. Col. Layco. San Salvador. Tel. 2235 - 7917.

COMPRA DE INSUMOS MEDICOS AGOTADOS EN CENTRO QUIRÚRGICO.

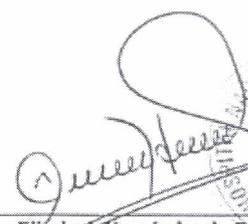
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
08	220	C/U	10702170	FIBRA HEMOSTÁTICA CON BASE A CELULOSA 2 X 14" (5 X 35CM), EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL. PRESENTACIÓN: UNIDAD. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 2 AÑOS. GARANTÍA: USO ÚNICO DESCARTABLES. CASA REPRESENTADA: EQUIMEDICAL. MARCA DEL PRODUCTO: EQUITAMP. PAIS DE ORIGEN: HOLANDA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 45 DÍAS.	\$ 18.00	\$ 3,960.00

TOTAL US: \$ 3,960.00

(TOTAL EN LETRAS): Tres mil novecientos sesenta 000.00 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:	15 - 20 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR DE OC. /	FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 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: _____
---	--

de el