

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, 12 de Abril de 2018. No de Orden: 141/2018
Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS Solicitud No: 003/2018
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: CELLFOOD DE CENTRO AMERICA. S.A. DE C.V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]
Clasificación: Pequeña Empresa Correo electrónico: quintanillahealth@hotmail.com
Dirección: 81 Av. Norte Apto. N.º 05. Edificio Capelli. Col. Escalón. San Salvador. Tel. 2264 - 0318.

COMPRA DE INSUMOS MEDICOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
34	70	C/U	11800055	JABÓN, GLUCONATO DE CLOREXIDINA AL 4% ACTIVADO CON PEDAL Y DISPENSADO EN ESPUMA, ENVASE DE 1 LITRO (1000ML), CON VALVULA DOSIFICADORA POR ML Y CON FILTRO EN CADA VALVULA PARA USAR EN DISPENSADOR DE SISTEMA CERRADO EN UNA SOLA PIEZA. MARCA: FOAM SAFE. ORIGEN: USA. INCLUYE LOS DISPENSADORES NECESARIOS SIN NINGUN COSTO PARA LA INSTITUCIÓN. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS. VENCIMIENTO: ENERO 2020.	\$ 18.50	\$ 1,295.00

TOTAL US: \$ 1,295.00

(TOTAL EN LETRAS): Un mil doscientos noventa y cinco 0000 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: INMEDIATA FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS

E.
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECCIÓN HOSPITAL

Administrador de la Orden: Lic. Luis Alfredo Avalos. Jefe Departamento de Suministros. PBX: 2665-6100.
Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN:

del