

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, 07 de Septiembre de 2018. **No de Orden:** 393/2018
Solicitante: Departamento de Laboratorio Clínico **Solicitud No:** 002/2018
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **PROMED DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa **Correo electrónico:** cvasquez@promed-sa.com
 bmeje@promed-sa.com
Dirección: Calle La Loma 7ª Calle Poniente, pje. "D" #124, Col. Escalón, San Salvador. Tel. 2200 – 9710.

Compra de Insumos y Reactivos para Pruebas de Creatinina, Glucosa, TTP.

REGLON	CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
03	24,000	CU	30106310	PRUEBA PARA LA DETERMINACIÓN DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP), METODO AUTOMATIZADO EQUIPO: TOP 300. MARCA: INSTRUMENTATION LABORATORY. ORIGEN: ESTADOS UNIDOS. VENCIMIENTO DEL PRODUCTO: 12 MESES. VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DIAS.	\$ 0.54	\$ 12,960.00

TOTAL US: \$ 12,960.00

(TOTAL EN LETRAS): DOCE MIL NOVECIENTOS SESENTA 00/100 DOLARES EXACTOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACION	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, siete 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:** CREDITO 60 DIAS

E.
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Mercedes del Carmen Ventura
 Jefe de Departamento de Laboratorio Clínico
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza Morales.
 Técnico UACI.

12 SEP 2018

00000004