

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)
FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 29 de Marzo de 2019 **No de Orden:** 99/2019
Solicitante: Medicina Mujeres "B" **Solicitud No:** 003/2018
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: HOSPIMEDIC, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** XXXXXXXXXX
Clasificación: Empresa Pequeña
Dirección: 25 Ave. Norte, Pje. Ernesto, Condominio Lucila No. 1 San Salvador. Tel: 2225-4722.
Correo: Hospimedic.sv@gmail.com

Compra de manometro de oxigeno para Medicina Mujeres B"

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	10	C/U	70109120	REGULADOR DE OXIGENO CON MANÓMETRO DE FLUJO DE 2 A 15 LPM Y MANÓMETRO DE PRESIÓN DE 3000 PSI ADAPTADOR CGA-540 PARA CILINDROS GRANDES, CUERPO DE BRONCE CROMADO, MARCA: MADA, ORIGEN: USA, GARANTÍA: 1 AÑO.	\$106.22	\$1,062.20
TOTAL US:						\$ 1,062.20

(TOTAL EN LETRAS) MIL SESENTA Y DOS 20/100 DOLARES 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 DE SAN MIGUEL
FECHA DE ENTREGA: 30 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días


 F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL


Administrador de la Orden: Licda. Deysi del Carmen Gomez Cruz <input checked="" type="checkbox"/> Jefe de Medicina Mujeres B" Tel: 2792-3411	Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino FECHA DE DISTRIBUCIÓN:
--	---

600