

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, 10 de Abril de 2019. / **No de Orden:** 130/2019 /
Solicitante: PATOLOGÍA / **Solicitud No:** 001/2019 /
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: COMERCIO Y REPRESENTACIONES, S.A. DE C.V. / **NIT Y / O NRC:** [REDACTED] /
Clasificación: MEDIANA EMPRESA / **Correo electrónico:** coresa@coresaelsalvador.com / wperez@v.coresaelsalvador.com

Dirección:

COMPRA DE MICROTOMO MANUAL. //

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PARCIAL	VALOR TOTAL
01	01	C/U	60406040	MICROTOMO MANUAL. MARCA: LEICA BIOSYSTEMS. CAT. N.º 1492125RTS1. ORIGEN: ALEMANIA. GARANTÍA: 12 MESES POR DEFECTOS DE FABRICA. INSTALACIÓN/CAPACITACIÓN: A ENTERA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. VIGENCIA DE LA OFERTA: 45 DÍAS. <u>NOTA: ESPECIFICACIONES EN OFERTA ADJUNTA.</u>	\$ 12,000.00	\$ 12,000.00

TOTAL US: \$ 12,000.00 /
(TOTAL EN LETRAS): Doce mil 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: 60 días después de recibir OC. / **FORMA DE PAGO:** Crédito 45 días /

E. 
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Dr. Walter Mauricio Flores Flores. / **Elaboró:** Licda. Sofía Carolina Mendoza M.
Jefe de Patología: PBX: 2665-6100 / **FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** _____