

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, 20 de Mayo de 2019. / **No de Orden:** 193/2019 ✓
Solicitante: CENTRAL DE EQUIPOS. ✓ **Solicitud No:** 002/2019
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: HOSPIMEDIC, S.A. DE C.V. / **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]
Clasificación: PEQUEÑA EMPRESA **Correo electrónico:** hospimedic.sv@gmail.com
Dirección: 25 Ave. Norte, Pje. San Ernesto, Condominio Lucila N.º 1. San Salvador. Tel. 2225 - 4722.

COMPRA DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO. ✓

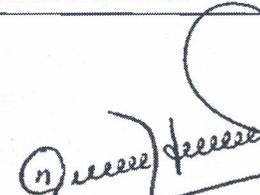
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
30	50	C/u	63001104	RECIPIENTE METALICO FORMA CILINDRICA CON TAPA A PRESIÓN PARA TORUNDAS Y GASAS DE ACERO INOXIDABLE. DIMENSIONES DE 14.9CM DE DIAMETRO X 18CM DE ALTO. MARCA: INTEGRAMILTEX. CAT.: # 3-955. ORIGEN: INDIA. GARANTÍA 1 AÑO. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS.	\$ 77.40	\$ 3,870.00

TOTAL US: \$ 3,870.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS): Tres mil ochocientos setenta 00100 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: 30 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. **FORMA DE PAGO:** CRÉDITO 30 DÍAS ✓


 E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Ana Delmy Canizales
 Jefe Central de Equipos.
 PBX: 2665-6100.

Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____