

## **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 3 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 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 19 de Julio de 2019 ✓ **No de Orden:** 383/2019 ✓  
**Solicitante:** CENTRO OBSTÉTRICO ✓ **Solicitud No:** 008/2019  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **SUPLIDORES DIVERSOS, S. A. DE C. V.** ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** Carretera a los Planes de Renderos, km 4 ½, No.4656, San Salvador. Tel. 2204-4820  
**Correo Electrónico:** [edwinventura@suplidoresd.com](mailto:edwinventura@suplidoresd.com)

INSUMOS MÉDICOS PARA ABASTECIMIENTO DE CINCO MESES. ✓


R	CANT.	U/M	CÓDIGO ONU	CÓDIGO MINSAL	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	7,000	C/U	53100000	10600300	PAÑAL GRANDE PARA ADULTO, DESCARTABLE TALLA XL, MARCA: EVERGRAND, ORIGEN: CHINA, VENCIMIENTO: NO APLICA.	\$0.39	\$ 2,730.00

TOTAL US: \$ 2,730.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL SETECIENTOS TREINTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

<input type="checkbox"/> <b>OBSERVACIÓN</b> 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.	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR O C	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 60 DÍAS ✓

  
 E. Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL

<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Yesenia Yamilet de Mata PBX: 2665-6100	<b>Elaboró:</b> Evelin Marisol Quintanilla Castro <b>Fecha de Distribución:</b>
---	--