

## **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”**



Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 02 de Septiembre de 2019 ✓ **No de Orden:** 490/2019 ✓  
**Solicitante:** Departamento de Suministros ✓ **Solicitud No:** 1 2/2019  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa **NCR:**  
**Dirección:** 25 Av. Norte No. 340, San Salvador, El Salvador. Tel: 2208-5612  
**Correo Electrónico:** [dipromequi@gmail.com](mailto:dipromequi@gmail.com)

Compra de Insumos para pacientes ingresados con ventilación mecánica prolongada. ✓

R	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	12,000	C/U	10600240	GORRO DESCARTABLE PARA ENFERMERA, MARCA: MEDSTAR, ORIGEN: CHINA, VENCIMIENTO. NO MENOR DE 24 MESES.	\$ 0.03	\$ 360.00 ✓

**\$ 360.00**

**(TOTAL EN LETRAS)** Trescientos Sesenta 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓

**INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:**

**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.-

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: **01 a 05 días hábiles** FORMA DE PAGO: **Crédito 60 días** ✓

E.   
**Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:** Dr. Cesar Osmar Argueta Rivera Encargado de Terapia Respiratorio Teléfono: 2665-6139 Ext.1215  
**Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino  
**Fecha de Distribución:**

OK