

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”

Lugar y Fecha: San Miguel, 29 de Octubre de 2019 No de Orden: 594/2019
 Solicitante: Unidad de Emergencia Solicitud No: 07/2019
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: RAMÓN DE JESÚS MELENDEZ PORTILLO (EQUIMED) NIT: [REDACTED]
 Clasificación: Pequeña Empresa NRC: [REDACTED]
 Dirección: Entre 19 avenida Sur y Calle las Flores, #1110, Colonia Ciudad Jardín, San Miguel, El Salvador. C. A.
 Correo Electrónico: equimed2020@hotmail.com

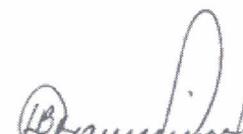
Compra de camillas para transportar pacientes para el área de emergencia.

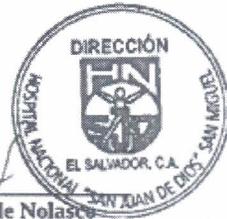
| R | CANT. | U/M | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|-------|-----|----------|--|-----------------|--------------|
| 1 | 10 | C/U | 62704120 | CAMILLA MANUAL, MARCA: MEDICAL MASTER, MODELO: MET -3100 INCLUYE COLCHÓN, VER DETALLES EN OFERTA | \$ 1.381.00 | \$ 13,810.00 |
| | | | | | | \$ 13,810.00 |

(TOTAL EN LETRAS) Trece Mil Ochocientos Diez 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: | 08 a 16 semanas | FORMA DE PAGO: | Crédito 60 días |


 Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco
 DIRECTORA/HOSPITAL



Administrador de la Orden: Licda. Sonia Jeannette Mendez Jefe de Unidad de Emergencia Teléfono: 2792-3252
 Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino
 Fecha de Distribución: 06 NOV 2019