



MINISTERIO  
DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 31 de Agosto de 2020 / No de Orden: 370/2020 /  
 Solicitante: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES / Solicitud No: 002/2020 /  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: EQUIMSA, S.A. DE C.V. / NIT: [REDACTED] /  
 Clasificación: MEDIANO CONTRIBUYENTE / NRC: [REDACTED] /  
 Dirección: 5ª Calle Poniente N.º 4220, Colonia Escalón. San Salvador. /  
 Correo Electrónico: equimsa.sal@hotmail.com // ventas8@equimsa.net / Teléfono: 2298-3638, 2224-2687

Compra de insumos necesarios para el buen funcionamiento de los ventiladores mecánicos de la UCIN. /

| R   | CANT. | U/M  | CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN   | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL   |  |
|---|-------|--|----------|---|-----------------|---|--|
| 2   | 10    | c/u  | 70109028 | Sensor de flujo para ventilador mecánico.<br>Marca: Hamilton Medical, Modelo: C1, País de origen: Suiza.<br>Garantía 30 días calendario contra desperfectos de fábrica no aplica mal uso, maltrato de la pieza o si esta se encontrase con daño físico. | \$ 325.00       | \$ 3,250.00   |  |
| <b>TOTAL US:</b>  |       |  |          |   |                 | <b>\$ 3,250.00</b>  |  |
| <b>(TOTAL EN LETRAS) TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA</b> /  |       |  |          |   |                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> OBSERVACIÓN  |       | <b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>   |          |   |                 | C.C.  |  |
| 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.<br>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación. |          |   |                 | *ALMACÉN<br>*UFI<br>*UACI<br>*PRESUPUESTO<br>*SOLICITANTE<br>*ADM. DE OC. |  |
|   |       | FUENTE DE FINANCIAMIENTO:  |          | RECURSOS PROPIOS  |                 |   |  |
| LUGAR DE ENTREGA:   |       | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  |          |   |                 |   |  |
| FECHA DE ENTREGA:   |       | 30 días hábiles después de recibida la Orden de Compra.  |          | FORMA DE PAGO:  |                 | Crédito 30 días calendario. /   |  |
| <br><b>ANULADO</b><br>F. <br>Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco /<br>DIRECTORA HOSPITAL |       |  |          |   |                 |   |  |
| Administrador de la Orden:<br>Dra. Gladys Alda Quintanilla García. /<br>UCIN<br>92-3274   |       |  |          | Elaboró: Licda. Jéssica Eileen Valle de Ventura.<br>Fecha de Distribución:  |                 |   |  |