

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”



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)**

Lugar y Fecha: San Miguel, 24 de junio de 2021 **No de Orden:** 321/2021
Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS **Solicitud No:** 08/2021
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: SURTIMEDIC, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Pequeña Empresa **NRC:** [REDACTED]
Dirección: Calle Libertad, Residencial Jardines de Merliot # K-39, Ciudad Merliot, Santa Tecla, La Libertad.
Correo / Teléfono: surtimedicsadecv@gmail.com surtimedic.ventas22@gmail.com Tel: 2237-1613 / 7726-3462

Compra de insumos médicos sin existencia.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO ONU	CÓDIGO MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
7	14,000	C/U	42131606	10608046	MASCARILLA QUIRÚRGICA DOBLE O TRIPLE FORRO, CON ELÁSTICO CARA-OREJA, CON SOPORTE NASAL, DESCARTABLE C/U SIN MARCA, ORIGEN: CHINA, VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES, VALIDEZ DE LA OFERTA: 60 DÍAS.	\$ 0.05	\$ 700.00
TOTAL US:							\$ 700.00

(TOTAL EN LETRAS): SETECIENTOS 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual 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:	1-10 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR LA OC	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO 60 DÍAS

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

Administrador de la Orden: Licda. María Julia Ramírez Ramos Jefe de Departamento de Suministros Teléfono: 2792-3194	Elaboró: Licda. Sara María Méndez Monroy FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____
---	--