

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: 322/2021
Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS Solicitud No: 08/2021
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: **CARLOS JOSUÉ INGLÉS CIENFUEGOS** NIT: [REDACTED]
Clasificación: Micro Empresa NRC: [REDACTED]
Dirección: 21 Av. Norte No. 1415, Col. Layco, San Salvador. Tel: 2235-791 / 2502-3076
Correo / Teléfono: telmedelsal@gmail.com cesaringles.imed@gmail.com

Compra de insumos médicos sin existencia.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO ONU	CÓDIGO MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
8	700	C/U	42310000	10700011	EQUIPO DE CURACIÓN UMBILICAL, CON GASA LIBRE DE PELUZA, NO DESHILA, SÚPER ABSORBENTE, FENESTRADA, HISOPO Y CLAMP UMBILICAL, EN EMPAQUE INDIVIDUAL, ESTÉRIL, DESCARTABLE. MARCA: IMED, ORIGEN: EL SALVADOR, VENCIMIENTO: NO MENOR DE DOS AÑOS, GARANTÍA: PRODUCTO DE USO ÚNICO DESCARTABLE. VIGENCIA DE LA OFERTA: 45 DÍAS CALENDARIO	\$ 1.25	\$ 875.00

TOTAL US: \$ 875.00

(TOTAL EN LETRAS): OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO 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% 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:	3-5 DÍAS HÁBILES	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO 30 DÍAS CALENDARIO

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: _____
--	--