

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)

HOSPITAL NACIONAL SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 06 de Octubre de 2021. No de Orden: 535/2021
Solicitante: UNIDAD DE NUTRICION Solicitud No: 02/2021
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: CORPORACION CEPA, S. A. DE C. V. NITY
Clasificación: Gran Empresa Correo electrónico: jalvarado@cefaelsalvador.com.sv
Dirección: Calle Siemens y Av. Lanatepec #55-56, Páque. Industrial Santa Elena, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador. Tel. 2259-1100

INSUMO REQUERIDO PARA SOPORTE NUTRICIONAL DE USUARIOS

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
6	400	C/U		12605040	INMUNEX PLUS SABOR VAINILLA SOBRE 131 G. MARCA: VICTUS, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS, VENCE: 03/2023	\$ 20.00	\$ 8,000.00
9	349	C/U		12605055	PROTEINEX POLVO LATA DE 275 G. MARCA: VICTUS, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS, VENCE: 07/2024	\$ 20.50	\$ 7,154.50
10	152	C/U		12605060	ENTEREX, KARBS LATA DE 450 G. MARCA: VICTUS, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS, VENCE: 02/2023	\$ 15.75	\$ 2,394.00
11	150	C/U		12605070	ENTEREX HEPATIC POLVO ORAL SABOR A VAINILLA SOBRE 110 G. MARCA: VICTUS, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS, VENCE: 05/2023	\$ 17.25	\$ 2,587.50

TOTAL US\$ 20,136.00

(TOTAL EN LETRAS): VEINTE MIL CIENTO TREINTA Y SEIS 00/100 DÓLARIS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

OBSERVACIÓN 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 Queda; 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		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO GENERAL		
FECHA DE ENTREGA:	45 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE RECIBIR O C LEGALIZADA	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO A 60 DÍAS CALENDARIO

Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. María Julia Ramírez Ramos
JEFE DEPTO. DE SUMINISTROS
PBX: 2792-3000

Elaboró: Licda. Bvelin Marisol Quintanilla Castro
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 14 OCT 2021