

## **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

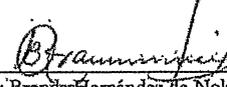
Lugar y Fecha: San Miguel, 10 de noviembre de 2021. No de Orden: 656/2021  
Solicitante: DIVISION MEDICO QUIRURGICA Solicitacion No: 005/2021  
Nombre de la persona natural o Juridica suministrante: HOSPITALAR, S.A. DE C.V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]  
Clasificación: MICRO EMPRESA Correo electrónico: hospitalar.ventas@gmail.com; hospitalarsv@gmail.com  
Dirección: FINAL 23 CALLE PONIENTE Y 29 AV. NORTE N°1526, BOULEVARD DE LOS HEROES, SAN SALVADOR, EL SALVADOR. TELEFONO: 2226-4356 // 7677-0746

COMPRA DE EQUIPOS MEDICOS PARA ATENCION HOSPITALARIA

| R                | CANTIDAD | U/M | CODIGO MINSAL | DESCRIPCION COMERCIAL   | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL  |
|------------------|----------|-----|---------------|---|-----------------|--------------|
| 01               | 02       | C/U | 60302180      | ECOCARDIOGRAFO PORTATIL, MARCA: SONOSCAPE MODELO: X3 ORIGEN: CHINA, UNO CON TRANSDUCTORES PARA ECOCARDIOGRAFIA ADULTO DE 1-6 MHZ (3P-A) Y ECOCARDIOGRAFIA PEDIATRICA DE 2-9.MHZ, (7P-B) LINEAL DE 4-16 .MHZ (L741), EL SEGUNDO CON TRANSDUCTORES PARA ECOCARDIOGRAFIA ADULTO DE 1-6 MHZ, (3P-A) CONVEXO DE 4-13 MHZ (C613) LINEAL DE 4-16 MHZ (L741) AMBOS EQUIPOS DEBEN POSEER:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>IMPRESOR MARCA: SONY PARA PAPEL ULTRASONOGRAFICO TERMICO COMPATIBLE CON LAS MARCAS DE PAPEL TERMICO DEL MERCADO.</li> <li>UPS PARA SOPORTE DE CARGA Y PROTECCION DEL EQUIPO SISTEMA DICOM O TRANSFERENCIA DE IMAGENES PARA SER INCORPORADAS AL SISTEMA DE VISUALIZACION DE IMAGENES DIGITALES PACS DE ESTE HOSPITAL.</li> <li>CARRO PARA TRANSPORTE DEL EQUIPO</li> <li>CONECTOR PARA MULTIPLES TRANSDUCTORES.</li> </ul> SOFTWARE QUE INCLUYA PROGRAMAS PARA ESTUDIO DE ECOGRAFIA ADULTO Y PEDIATRICO, ABDOMINAL, VASCULAR PERIFERICO, PEQUEÑAS PARTES, MUSCULO ESQUELETICO, OBSTETRICO Y GINECOLOGICO, POR ORGANOS (EMBARAZO, MAMAS Y PELVIC) CON FUNCION DOPPLER.<br>GARANTIA/MANTENIMIENTO POR 2 AÑOS, MANUAL DE USO EN IDIOMA ESPAÑOL, CON CAPACIDAD SOBRE EL USO DEL EQUIPO, CONTAMOS CON UN STOCK DE RESPALDO DE PARTES POR AL MENOS DE 10 AÑOS, GARANTIA 24 MESES CONTRA DEFECTOS DE FABRICA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS. (VER MAS ESPECIFICACIONES EN OFERTA ADJUNTA)<br>PASA... | \$ 19,000.00    | \$ 38,000.00 |
| <b>TOTAL US:</b> |          |     |               |   |                 | \$ 38,000.00 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>OBSERVACION</b><br>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.- | <b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b><br><b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b><br>Colocar en la Factura No. De Orden de Compra y Código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.<br>Presentar en la Unidad Financiera UFI, para trámite 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. | <b>C.C.</b><br>*ALMACÉN<br>*UFI<br>*UACI<br>*PRESUPUESTO<br>*SOLICITANTE<br>*ADM. DE OC. |
|---|--|--|

|                                  |   |                       |                 |
|----------------------------------|---|-----------------------|-----------------|
| <b>LUGAR DE ENTREGA:</b>         | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL |                       |                 |
| <b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b> | FONDOS GENERALES                              |                       |                 |
| <b>FECHA DE ENTREGA:</b>         | 50 DIAS CALENDARIO DESPUES DE RECIBIR LA OC   | <b>FORMA DE PAGO:</b> | CRÉDITO 60 DIAS |

  
 E.   
 Dra. Jeany Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL

|  |  |
|--|--|
| Administrador de la Orden:<br>Dra. Sarina Subait Pórtillo de Hernández<br>Jefe División Médico Quirúrgica<br>Teléfono: 2792-3379 | Elaboró: Licda. Sara María Méndez Montoy<br>FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 26 NOV 2021 |
|--|--|



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, 10 de noviembre de 2021.  
Solicitante: DIVISION MEDICO QUIRURGICA

Nº de Orden: 656/2021  
Solicitud No: 005/2021

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: HOSPITALAR, S.A. DE C.V.

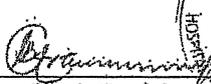
NIT Y / O NRC: [REDACTED]

Clasificación: MICRO EMPRESA

Correo electrónico: hospitalar.ventas@gmail.com  
hospitalarsv@gmail.com

Dirección: FINAL 23 CALLE PONIENTE Y 29 AV. NORTE N°1526, BOULEVARD DE LOS HEROES, SAN SALVADOR, EL SALVADOR. TELÉFONO: 2226-4356 // 7677-0746

COMPRA DE EQUIPOS MEDICOS PARA ATENCION HOSPITALARIA

| R   | CANTIDAD | U/M.   | CÓDIGO MINSAL | DESCRIPCIÓN COMERCIAL  | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL  |  |
|---|----------|--|---------------|--|-----------------|--|--|
| 02  | 03       | C/U  | 60303260      | VIENE...<br>EQUIPO DE ULTRASONOGRAFIA PORTATIL, MARCA: SONOSCAPE, MODELO: E3, ORIGEN: CHINA. ESPECIFICACIONES SIGUIENTES: TRANSDUCTOR CONVEJO DE 4-13.MHZ, (C613) LINEAL DE 4-16 MHZ (L741), ENDOCAVITARIO DE 3-15 MHZ (6V1). LOS TRES EQUIPOS DEBEN POSEER: IMPRESORA MARCA SONY PARA PAPEL ULTRASONOGRAFICO TERMICO, COMPATIBLE CON LAS MARCAS DE PAPEL TERMICO DEL MERCADO, UPS PARA SOPORTE DE CARGA Y PROTECCION DEL EQUIPO, SISTEMA DICOM O TRANSFERENCIA DE IMAGENES PARA SER INCORPORADAS AL SISTEMA DE VISUALIZACION DE IMAGENES DIGITALES.PACS DE ESTE HOSPITAL, CARRO PARA TRANSPORTE DEL EQUIPO. CONECTOR PARA MULTIPLES TRANSDUCTORES. SOFTWARE QUE INCLUYA PROGRAMAS PARA ESTUDIO DE ECOGRAFIA ADULTO Y PEDIATRICO, ABDOMINAL, VASCULAR PERIFERICO, PEQUEÑAS PARTES, MUSCULO ESQUELETICO, OBSTETRICO Y GINECOLOGICO, POR ORGANOS (EMBARAZO, MAMAS Y PELVICO) CON FUNCION DOPPLER. GARANTIA/MANTENIMIENTO POR 2 AÑOS, MANUAL DE USO EN IDIOMA ESPAÑOL, CON CAPACIDAD SOBRE EL USO DEL EQUIPO, DEBERA CONTAR CON RESPALDO DE PARTES POR AL MENOS DE 10 AÑOS. LOS EQUIPOS CUENTAN CON CERTIFICADOS DE CALIDAD. GARANTIA 24 MESES CONTRA DEFECTOS DE FABRICA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS (VER MAS ESPECIFICACIONES EN OFERTA ADJUNTA) | \$ 15,000       | \$ 38,000.00<br>\$ 45,000.00   |  |
| TOTAL US OCHENTA Y TRES MIL 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA   |          |  |               |  |                 | \$ 83,000.00   |  |
| <b>OBSERVACION</b>  |          | <b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>   |               |  |                 | <b>C.C.</b><br>*ALMACEN<br>*UFI<br>*UACI<br>*PRESUPUESTO<br>*SOLICITANTE<br>*ADM. DE OC. |  |
| Si el servicio o suministró es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.- |          | <b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b><br>Colocar en la Factura No. De Orden de Compra y Código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.<br>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. |               |  |                 |  |  |
| <b>LUGAR DE ENTREGA:</b>  |          | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  |               |  |                 |  |  |
| <b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>  |          | FONDOS GENERALES   |               |  |                 |  |  |
| <b>FECHA DE ENTREGA:</b>  |          | 50 DIAS CALENDARIO DESPUES DE RECIBIR LA OC  |               | <b>FORMA DE PAGO:</b>  |                 | CRÉDITO 60 DIAS  |  |
| Administrador de la Orden:<br>Dra. Sarina Subait Poirillo de Hernández<br>Jefe División Médico Quirúrgica<br>Teléfono: 2792-3379    |          | Elaboró: Licda. Sara María Méndez Monroy<br>FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 26 NOV 2021<br><br><br>Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco<br>DIRECTORA HOSPITAL  |               |  |                 |  |  |