



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**  
**(U.A.C.I.)**



**Final 11 Calle Poniente y 23 Av. Sur, Colonia Ciudad Jardín. San Miguel.**

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 07 de Julio de 2014. ✓  
**Solicitante:** U.C.I.P. ✓  
 Nombre de persona natural o Jurídica suministrante: **OXIGENO Y GASES DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** ✓  
**Clasificación:** GRANDE EMPRESA ✓  
**Dirección:** Calle a San Antonio Abad, Col. Las Rosas 2, Final Calle Ppal. Apartado Postal 1968.  
 Sensores de Flujo y Tubos Endotraqueales para uso en UCIP ✓

**No de Orden:** 248 ✓  
**SOLICITUD No:** 01/2014 ✓  
**NIT Y/O NRC:** 0614-311059-001-5 ✓

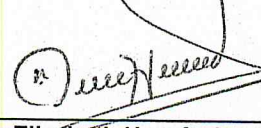
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	C/U	S/C	SENSOR DE FLUJO VENTILADOR ENGSTROM CARESTATION, MARCA: GENERAL ELECTRIC. ENTREGA: 30 días calendario después de recibida O/C	\$ 452.00	\$ 1,808.00
50	C/U	10611095	TUBO ENDOTRAQUEAL 4.00MM DIAMETRO TRASNPARENTE CON AGUJERO Y LINEA RADIOPACA SIN BALON, CON ESCALA, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE, ORIGEN: MALAYSIA, MARCA: RUSH/TELEFLEX ENTREGA: 3-5 días hábiles, sujeto a inventario después de entregada la orden de compra.	\$ 1.20	\$ 60.00


**TOTAL US: \$ 1,868.00**

**(TOTAL EN LETRAS) Son: Un Mil ochocientos sesenta y ocho 00/100 dólares exactos.** ✓

<b>OBSERVACION</b> 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> 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, siete 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

**LUGAR DE ENTREGA:** Almacén de Insumos Médicos en el HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** SEGÚN ITEM  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 DIAS ✓

E.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:**  
 Dra. Reina Argentina Cáceres Silva  
 Jefe UCIP  
 Tel. PBX: 2665-6100

**Elaboró:**  
 Licda. Norma E. Flamenco