



**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.)**

EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 17 de Marzo de 2015 ✓  
 Solicitante: Unidad Renal ✓  
 Nombre de persona natural o Jurídica suministrante: **ANESTESIOLOGIA EN EQUIPO, S.A. DE C.V.** ✓  
 Clasificación: Mediano Contribuyente.  
 Dirección: Calle El Mirador 4040 (Entre la 77 y 79 avenida norte) Col. Escalón, San Salvador. Tel. 2536-0700  
 No de Orden: **090** ✓  
 SOLICITUD No: 01/2015 ✓  
 NIT Y/O NRC: 0614-090197-102-0

Insumos para Atención durante el año 2015, pacientes programas DPCA y Diálisis Peritoneal Intermittente Automatizada ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
270	C/U	10605070	CATETER BLANDO PD-CATH PARA DIALISIS PERITONEAL TAMANO ADULTO (57.5CMS) CON EXTREMO EN ESPIRAL CON DOBLE COJINETE, <u>INCLUYE:</u> AGUJA INTRODUCTORA, JERINGA DE 10CC. GUIA EN 0.97mm EXTREMO EN J, ESCALPELO No.11, DILATADOR, ESTILETE DE TUNELIZACION, 6 COMPRESAS DE GASA, LUER, PINZA Y TAPON. EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, MARCA: MEDCOMP, PAIS FABRICANTE: USA-MEXICO, FECHA DE VENCIMIENTO: NO MENOR A 18 MESES., GARANTIA: SEGÚN INDICACIONES DEL FABRICANTE.	\$ 175.00	\$ 47,250.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 47,250.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS) Son:** *Cuarenta y siete mil doscientos cincuenta 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 del HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 60 días hábiles después de recibida orden de compra legalizada | **FORMA DE PAGO:** Crédito a 60 días ✓

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



**Administrador de la Orden:**  
 Dr. Salvador Magaña Mercado  
 Medico Nefrólogo Unidad Renal  
 PBX: 2665-6100

**Elaboro:**  
 Licda. Norma Flamenco