



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

08 JUN 2015

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 8 de Junio de 2015 ✓

**No de Orden:** 226 ✓

**Solicitante:** Departamento de Suministros. ✓

**Solicitud No:** 4/2015

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**Suplidores Diversos, S.A. de C.V.** ✓

**NIT Y / O NRC:** 0614-240498-103-0

**Clasificación:** Mediana Empresa

**Dirección:** Carretera a Los Planes de Renderos, Km 4 ½ N° 4656, San Salvador, El Salvador.

Compra de insumos médicos que serán utilizados en distintas áreas de hospital (Bienestar Magisterial, Nefrología, Unidad de Cardiología) ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
600	C/U	10600045	Bolsa urinaria graduada, capacidad 2,000ML estéril. Válvula de vaciado, antirreflujo, fija, de látex, empaque individual estéril, descartable. REF.: 1.7.1.2 Marca: Evergrand, País de Origen: China Vencimiento: No aplica.	\$ 1.63	\$ 978.00
250,000	C/U	10608045	Mascarilla quirúrgica rectangular doble forro, de amarrar, con soporte nasal, descartable. REF.: MFPPFM-3TO Marca: Evergrand, País de Origen: China, Vencimiento: No aplica.	\$ 0.03	\$ 7,500.00

**TOTAL US:** \$ 8,478.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** Ocho Mil Cuatrocientos Setenta y Ocho 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	Renglón 1 (inmediata), Renglón 5: 140,000 unidades entrega inmediata y 110,000 unidades entrega a 90 días después de firma de orden de compra.	<b>FORMA DE PAGO:</b>	30 días crédito
--------------------------	--	-----------------------	-----------------

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Camalés  
 DIRECTORA HOSPITAL



**Administrador de la Orden:**  
 Lic. Luis Alfredo Avalos.  
 Jefe de Departamento de Suministros.  
 PBX: 2665-6100

**Elaboró:** Dumercy Antonio Cruz