



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.)

MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO DE
EL SALVADOR
 UNÁMONOS PARA CRECER

Archivo

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 25 de Marzo de 2015

No de Orden: **116**

Solicitante: Neonatología
 Nombre de persona natural o Jurídica suministrante
NESTLE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.

SOLICITUD No: 02-2015
 NIT Y/O NRC: 0614-281054-001-0

Clasificación: Gran Contribuyente.
 Dirección: Edificio Zafiro Boulevard Orden de Malta, Avenida Boquerón No. 4º, Santa Elena, Antiguo Cuscatlán.. - Tel.2605-5300

Formulas Infantiles para Recién Nacidos Prematuros y de Termino.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1,000	C/U	50111249	OFRECEMOS: FORMULA PRENAN 400GRS. MARCA PRENAN Y NAN, PRIMERA ENTREGA VENCIMIENTO: 03 /2016. LATA: 400GR., GARANTIA: SE RECONOCE EL 100% DEL PRODUCTO POR VENCIMIENTO.	\$ 7.25	\$ 7,250.00
600	C/U	50111246	FORMULA NAN 1, 400GRS. MARCA PRENAN Y NAN, PRIMERA ENTREGA VENCIMIENTO: 03 /2016. LATA: 400 GR., GARANTIA: SE RECONOCE EL 100% DEL PRODUCTO POR VENCIMIENTO.	\$ 3.75	\$ 2,250.00
TOTAL US:					\$ 9,500.00

(TOTAL EN LETRAS) Son: Nueve mil quinientos 00/100 dólares exactos.

OBSERVACION 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 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.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

LUGAR DE ENTREGA:	Almacén de Alimentos del HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	
FECHA DE ENTREGA:	En Base a programación establecida por el Hospital Nacional San Juan de Dios.	FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días Calendario

E. *[Firma]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Dr. Herberth Antonio Dinarte Medico Jefe Neonatologia PBX: 2665-6100	Elaboro: Licda. Norma Flamenco
--	-----------------------------------