

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 30 de la LAIP y artículo 6 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”



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

REPUBLICA DE EL SALVADOR
EL SALVADOR
 UNIDOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 13 de Abril de 2018 **No de Orden:** 150/2018
Solicitante: Radiología **Solicitud No:** 003/2018
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **SIEMENS HEALTHCARE, S.A.** **NIT, NRC:** [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa
Dirección: Calle Siemens No. 43, Parque Industrial Santa Elena, Antiguo Cuscatlán. Tel: 2248-7333
Correo Electrónico: gerardo.duran@siemens.com jaime.hernandez@siemens.com

Compra de repuesto para el Equipo médico de ultrasonido. ✓

R	CANTIDAD	UM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	70105390	FUENTE DE ALIMENTACIÓN MCP. PARA USO EN EQUIPO DE ULTRASONOGRAFÍA, MARCA: SIEMENS, MODELO: ACUSON X 150	\$3,902.58	\$3,902.58 ✓

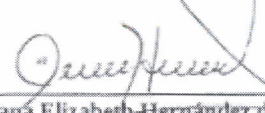
TOTAL US: **\$ 3,902.58**

(TOTAL EN LETRAS) TRES MIL NOVECIENTOS DOS 58/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

<p align="center">[OBSERVACION]</p> <p>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.-</p>	<p align="center">INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
---	--	--

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

FECHA DE ENTREGA: 30 días calendario ✓ **FORMA DE PAGO:** Crédito 45 días ✓


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



<p>Administrador de la Orden: Lic. Carlos Orlando Vides Molina ✓ Jefe de Radiología PBX: 2665-6100 EXT: 1256</p>	<p align="center">130418</p> <p align="right">Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino</p>
--	---

62