

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)
FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 23 de Mayo de 2019 / **No de Orden:** 211/2019 ✓
Solicitante: Departamento de Suministros / **Solicitud No:** 009/2019
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **OXI-REN, S.A. DE C.V.** / **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Micro Empresa
Dirección: Intersección Av. Jerusalem y Carretera Panamericana, Las Cascadas, Hipel Mall, 2º Nivel Local FC-01 Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador. Tel: 2243-1156.
Correo: oxirent.elsalvador@gmail.com

Insumo médico para cobertura de tres meses. /

Pag. 01/01

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	500	C/U	10600433	SONDA PARA ASPIRAR, DE SISTEMA CERRADO 14 FR, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTÉRIL, MARCA: PAHSCO, ORIGEN: TAIWAN.	\$7.45	\$3,725.00 ✓

TOTAL US:	\$3,725.00 ✓
(TOTAL EN LETRAS)	TRES MIL SETECIENTOS VEINTICINCO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

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 PARS: 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, 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.	C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

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

FECHA DE ENTREGA:	03 días hábiles	FORMA DE PAGO:	Crédito 30 días ✓
--------------------------	-----------------	-----------------------	-------------------

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Lic. Luis Alfredo Avalos Cerna Jefe de Departamento de Suministros Tel: 2792-3194	Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino FECHA DE DISTRIBUCIÓN:
--	---