

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 3 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”



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

Lugar y Fecha: San Miguel, 02 de Septiembre de 2019 ✓ **No de Orden:** 490/2019 ✓
Solicitante: Departamento de Suministros ✓ **Solicitud No:** 1 2/2019
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **DIPROMEQUI, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa **NCR:**
Dirección: 25 Av. Norte No. 340, San Salvador, El Salvador. Tel: 2208-5612
Correo Electrónico: dipromequi@gmail.com

Compra de Insumos para pacientes ingresados con ventilación mecánica prolongada. ✓

R	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	12,000	C/U	10600240	GORRO DESCARTABLE PARA ENFERMERA, MARCA: MEDSTAR, ORIGEN: CHINA, VENCIMIENTO. NO MENOR DE 24 MESES.	\$ 0.03	\$ 360.00 ✓

\$ 360.00

(TOTAL EN LETRAS) Trescientos Sesenta 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓


INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:

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.-

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, 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 SAN MIGUEL**
 FECHA DE ENTREGA: **01 a 05 días hábiles** FORMA DE PAGO: **Crédito 60 días** ✓


 E. **Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco**
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Dr. Cesar Osmar Argueta Rivera Encargado de Terapia Respiratorio Teléfono: 2665-6139 Ext.1215 **Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino **Fecha de Distribución:**

OK