



MINISTERIO
DE SALUD



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, 03 de Abril de 2020. Nó de Orden: 186/2020
 Solicitante: CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN Solicitud No: 001/2020
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: HOSPIMEDIC, S. A. DE C. V. NIT Y / O NRC: [REDACTED]
 Clasificación: Pequeña Empresa Correo Electrónico: hospimedic.sv@gmail.com
 Dirección: 25 Ave. Norte, pje. San Ernesto, Condominio Lucila No. 1, San Salvador. Tel. 2225-4722-2225-1637

INSTRUMENTAL REQUERIDO PARA CAJA LAMINECTOMIA PARA SUSTITUIR LAS QUE ESTÁN EN MAL ESTADO.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO ONU	CÓDIGO MINSAL		PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	3	C/U	54113	63004127	PINZA KERRISON MORDIDA HACIA ARRIBA ÁNGULO DE 40°, MORDIDA DE 1MM VASTAGO DE 15CM/6" DE LONGITUD MARCA : NOPA, CAT. # KS 712/01 ORIGEN :ALEMANIA, GARANTÍA 1 AÑO	\$ 333.35	\$ 1,000.05
2	3	C/U	54113	63004127	PINZA KERRISON MORDIDA HACIA ARRIBA ÁNGULO DE 40°, MORDIDA DE 2MM VASTAGO DE 15CM/6" DE LONGITUD MARCA : NOPA, CAT.# KS 712/02 ORIGEN :ALEMANIA, GARANTÍA 1 AÑO	\$ 305.10	\$ 915.30
3	3	C/U	54113	63004127	PINZA KERRISON MORDIDA HACIA ARRIBA ÁNGULO DE 40°, MORDIDA DE 3MM VASTAGO DE 15CM/6" DE LONGITUD MARCA : NOPA, CAT. # KS 712/03, ORIGEN :ALEMANIA GARANTÍA 1 AÑO	\$ 305.10	\$ 915.30

TOTAL US: \$ 2,830.65
 (TOTAL EN LETRAS) DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA 65/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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, 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: 30 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR O C FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 DÍAS

E.
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Enf. Ana Delmy Canizales Andrade Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla Castro
 Tels. 2792-3266 - 2792-3267 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 06 ABR. 2020