

## **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”**



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)**

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 24 de junio de 2021 **No de Orden:** 318/2021  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS **Solicitud No:** 08/2021  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** DISTRIBUCIÓN E INVERSIÓN, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa  
**Dirección:** Calle la Ceiba No. 165, Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador. Tel: 2263-0029, 2264-5945.  
**Correo / Teléfono:** reina.ticas@dinver.com.sv reina.ticas@dinver.com.sv

Compra de insumos médicos sin existencia.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO ONU	CÓDIGO MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
3	656	C/U	53102306	10600300	PAÑAL PARA ADULTO, TALLA G/XG, MARCA: PLENITUD, FABRICANTE: KIMBERLY CLARK DE CENTROAMERICA, ORIGEN: PERÚ, VENCIMIENTO: 21/1/2023, VIGENCIA DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO	\$ 0.51	\$ 334.56

**TOTAL US:** \$ 334.56

**(TOTAL EN LETRAS):** TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO 56/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<b>OBSERVACION</b> Si el servicio o suministro es igual mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% Retención.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.
--	--	---

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	8 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIDA LA OC	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 60 DÍAS

E. \_\_\_\_\_  
Dra. Jeny Brenda Hernandez de Nolasco  
DIRECTORA HOSPITAL

<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. María Julia Ramírez Ramos Jefe de Departamento de Suministros Teléfono: 2792-3194	<b>Elaboró:</b> Licda. Sara María Méndez Monroy  <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> _____
---	--