

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”

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, 08 de Noviembre de 2021.

No de Orden: 618/2021

Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS

Solicitud No: 014/2021

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.

NIT Y / O

NRC:

Correo electrónico: proquirsa3@gmail.com

Clasificación: Mediana Empresa

Dirección: Colonia San Francisco, Calle Los Bambues No.12-R, San Salvador. Tel. 2223-1879 / 2564-3795

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
05	50	C/U	19902256	S/C	APOSITO HIDROCOLOIDE (15-20)CM X (15-20)CM, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL. VENCIMIENTO: 15-18 MESES. MARCA: PHARMAPLAST. ORIGEN: EGIPTO. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO. GARANTÍA DE OFERTA: POR DESPERFECTOS DE FABRICACIÓN Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	\$ 11.00	\$ 550.00
06	200	C/U	19906013	S/C	APOSITO HIDROCOLOIDE GRUESO (15X15)CM, DE GELATINA Y PEPISINA, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL. VENCIMIENTO: 15-18 MESES. MARCA: PHARMAPLAST. ORIGEN: EGIPTO. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO. GARANTÍA DE OFERTA: POR DESPERFECTOS DE FABRICACIÓN Y POR PRODUCTO FALTANTE EN CAJA SELLADA.	\$ 9.00	\$ 1,800.00
TOTAL US:							\$ 2,350.00

(TOTAL EN LETRAS): Dos Mil Trescientos Cincuenta 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:

<p>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>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Colocar en la Factura N.º de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos.</p> <p>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, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C.</p> <p>*ALMACÉN</p> <p>*UFI</p> <p>*UACI</p> <p>*PRESUPUESTO</p> <p>*SOLICITANTE</p> <p>*ADM. DE OC.</p>
---	---	--

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

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDOS GENERAL

FECHA DE ENTREGA: 1-7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC. FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 DÍAS

F. *[Signature]*
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Licda. María Julia Ramírez Ramos
Jefe Depto. De Suministros
PBX: 2665-6100.

Elaboró:
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

170 NOV 2021

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: