

# HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil, Mejicanos, S.S.

## 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”

  
Licda. María Antonieta Oviedo Zaldívar  
Jefe UCP



**HOSPITAL**  
NACIONAL  
ZACAMIL



**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**

**CUENTA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNADEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

| SUMINISTRANTE : <b>PROMED DE EL SALVADOR, S.A DE C.V</b>                    |   | N° ORDEN DE COMPRA |                 | 3215-108-2023              |                         |
|---|---|--------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| NIT :   |   | N° SOLICITUD       |                 | LG-095-2023<br>SC-108-2023 |                         |
| PLAZO DE ENTREGA : <b>INMEDIATO</b>   |   | FECHA              |                 | 05/05/2023                 |                         |
| LUGAR DE ENTREGA : <b>ALMACEN GENERAL</b>                                   |   |                    |                 |                            |                         |
| UNIDAD SOLICITANTE : <b>OFTALMOLOGIA</b>                                    |   |                    | FORMA DE PAGO   |                            |                         |
| ADMN DE ORDEN : <b>DR.OSCAR ERNESTO NOVOA</b>                               |   |                    | CRÉDITO 60 DÍAS |                            |                         |
| RGN.  | DESCRIPCIÓN   | U/M                | CANTIDAD        | PRECIO U. \$               | TOTAL \$                |
| 1   | <b>SOLICITADO:</b> 11300210/51142148, MATERIALES VISCOELASTICO(Condroitin Sulfato Hialuronato de sodio) para uso intraocular, en jeringa,esteril descartable, <b>OFERTADO:</b> MATERIALES VISCOELASTICO(Condroitin Sulfato+ Hialuronato de sodio, 40+30 MG: Solucion Oftalmica: Jeringa Prellenada 0.75ml), Marca: Alcon pais de origen: Belgica/USA Vto. 2025/06 lote: VD854 Registro CSSP/DNM: IM058709052016 Garantia: 3 meses Fecha de Entrega: Inmediata | C/U                | 190             | 52.49                      | \$ 9,973.10             |
| <b>MONTO EN LETRAS: NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES 10/100 DOLARES</b> |   |                    |                 |                            | <b>\$ 9,973.10</b>      |
| Especifico  | 54113   |                    |                 |                            | Línea de Trabajo: 02-02 |
| Valor US \$   | \$ 9,973.10   |                    |                 |                            | Fondos: General         |

JUSTIFICACION: ES NECESARIA LA COMPRA DE INSUMOS MEDICOS PARA LOS PACIENTES DEL AREA DE OFTALMOLOGIA DE ESTE HOSPITAL. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD # 01/23CO

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

|                 |                     |                |   |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|-----------------|---------------------|----------------|---|