

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



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: ELECTROLAB MEDIC, S.A. DE C.V.		ORDEN DE COMPRA N°	3215-148-2023		
NIT:		SOLICITUD N°	104-2023		
		LIBRE GESTIÓN N°	091-2023		
PLAZO DE ENTREGA: 90 DÍAS HÁBILES		FECHA	10/07/2023		
LUGAR DE ENTREGA: ALMACEN DE INSUMOS GENERALES HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL					
UNIDAD SOLICITANTE: CENTRO QUIRÚRGICO			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: DR. ARÍSTIDES RIVAS SANTOS			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<p>SOLICITADO: CÓDIGO DEL PRODUCTO: 70107175, CÓDIGO DEL PRODUCTO SEGÚN CATÁLOGO DE LAS NACIONES UNIDAS: 42181904, DESCRIPCIÓN SOLICITADA: SENSOR DE SpO2 PARA ADULTO PARA MONITOR DE SIGNOS VITALES (CONSULTAR TDR)</p> <p>OFERTADO: CÓDIGO DEL PRODUCTO: 70107175, CÓDIGO DEL PRODUCTO SEGÚN CATÁLOGO DE LAS NACIONES UNIDAS: 42181904, DESCRIPCIÓN OFERTADA: KIT PARA MEDICIÓN DE SPO2 BENEVISION ADULTO -TIP BC: 1903904 SENSOR DE DEDO PARA MEDICIÓN DE SPO2 CON CABLE INTERMEDIO A MONITOR INCLUIDO MINDRAY CABLE CON MODELOS -BENEVISION</p> <p>MARCA: MINDRAY MODELO: 115-030685-00 ORÍGEN: CHINA NOTA: VER FOTO DE ITEM 2 EN OFERTA PLAZO DE ENTREGA: 90 DÍAS HÁBILES</p>	C/U	12	\$ 226.00	\$ 2,712.00
MONTO EN LETRAS: DOS MIL SETECIENTOS DOCE 00/100 DÓLARES.					\$ 2,712.00
Específico	54118	REGLÓN: 1		Línea de Trabajo: 02-02	
Valor Rubro 54 US \$	\$ 2,712.00			Fondo: FONDOS GOES	

JUSTIFICACION: REQUERIMIENTO A SER UTILIZADO EN ÁREA DE HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL. LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. CONTACTAR AL ADMINISTRADOR DE CONTRATO AL NÚMERO 2594-5067. SOLICITUD NÚMERO CQ-1158



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
------	-------------	-----	----------	--------------	----------

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 DISTRIBUCIÓN DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.** LA EMPRESA GANADORA DEBERA DE PRESENTAR A SATISFACCIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL UNA GARANTÍA DE BUEN SERVICIO, FUNCIONAMIENTO O CALIDAD DE BIENES, A FAVOR DEL GOBIERNO DE EL SALVADOR - HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL, S.S. PARA ASEGURAR QUE EL CONTRATISTA RESPONDERÁ POR EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE LOS BIENES QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE EL PERÍODO QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO. EL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA SERÁ DE 12 MESES CONTADOS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEFINITIVA DEL SERVICIO CONTRATADO, POR UN VALOR EQUIVALENTE AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO. LA CUAL SE DEBERA ENTREGAR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE EMITIDA EL ACTA DE RECEPCIÓN FINAL DEL SERVICIO CONTRATADO. EL SUMINISTRO CONTRATADO SERÁ DE ACUERDO A LOS TERMINOS DE REFERENCIA Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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