



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**  
**(U.A.C.I.)**

Final 11 Calle Poniente y 23 Av. Sur, Colonia Ciudad Jardín. San Miguel.

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 20 de Agosto de 2014.  
**Solicitante:** Dpto. Suministros  
 Nombre de persona natural o Jurídica suministrante: **DROGUERIA HEALTH EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA  
**Dirección:** Carretera Antigua a Nejapa, Lotificación El Cedral No. 4, Nejapa, San Salvador  
 Para cubrir necesidades en los diferentes servicios.

**No de Orden:** 311  
**SOLICITUD No:** 07/2014  
**NIT Y/O NRC:** 0614-180513-104-1

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1,200	C/U	10605305	CATETER PARA SUCCION INTERMITENTE, FLEXIBLE CON INTERRUPTOR, CON PUNTA REDONDA 8FR, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL, DESCARTABLE, MARCA: POLYMED, VENCIMIENTO: JAN 2015, ORIGEN: INDIA	\$ 0.21	\$ 252.00

**TOTAL US: \$ 252.00**

**(TOTAL EN LETRAS) Son: Doscientos cincuenta y dos 00/100 dólares exactos.**

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b>
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><b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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, siete 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.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** Almacén de Insumos Generales en el HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** 1 día hábil después de recibir orden de compra **FORMA DE PAGO:** 30 días

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cardeas**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:**  
 Licdo. Luis Alfredo Avalos  
 Jefe Dpto. Suministros  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1163

**Elaboro:**  
 Licda. Norma Flamenco