

|    |                  | <b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>   |          |                          |
|---|------------------|--|----------|--------------------------|
| Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad  |                  | UNIDAD DE ADQUISICIONES  |          | PREVISION<br>NO:20254115 |
| UACI del Hospital San Rafael  |                  | Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL   |          |                          |
| <b>ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b>  |                  |  |          |                          |
| Lugar y Fecha:  |                  | <b>Santa Tecla 15 de Diciembre del 2015</b>  |          | No.Orden:333/2015        |
| <b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>   |                  |  |          | <b>NIT</b>               |
| BUSINESS CENTER, S. A. DE C. V.   |                  |  |          | 06141305941039           |
| CANTIDAD  | UNIDAD DE MEDIDA | DESCRIPCION  | PRECIO   | VALOR                    |
|   |                  |  | UNITARIO | TOTAL                    |
| -   | -                | LINEA:0202 Atención Hospitalaria--INSUMOS INFORMATICOS   | -        | -                        |
| 1   | Cada Uno         | CODIGO 80203338-CARTUCHO PARA IMPRESOR LASER JET MARCA HP (CE278A) NEGRO, PARA MODELOS (P1560/1566/1606DNM1322 /M1536DNF/M401DN/PRO400)(CARTUCHO PARA IMPRESOR LASER JET MARCA HP CE278A NEGRO)(R-3) | \$76.95  | \$76.95                  |
| -   | -                | <b>TOTAL.....</b>  | -        | \$76.95                  |
| SON: <b>setenta y seis 95/100 dolares</b>   |                  |  |          |                          |
| OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL., presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura, No. de ORDEN DE COMPRA 333/2015, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 222/2015 y SOLICITUD DE COMPRA 235/2015, de INFORMATICA. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del bien o servicio. |                  |  |          |                          |
| LUGAR DE ENTREGA:Almacén de Insumos No Médicos del Hospital, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md.  |                  |  |          |                          |
| LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A   |                  |  |          |                          |
| <br>Titular o Designado  |                  | <br>Suministrante  |          |                          |
|    |                  |   |          |                          |
|    |                  | BUSINESS CENTER, S.A. DE C.V.<br>REGISTRO: 78667-5<br>NIT.: 0614-130594-103-9<br>Tels.: 2270-8775, 2270-8906   |          |                          |

Elaborado por: dlopez

**ENTREGA: 5 Días Hábiles después de recibida la Orden de Compra**

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo de la Lic. Gabriel Alexander Estrada Olivares, Coordinador de Informática, de este hospital, quien actuara de conformidad a lo dispuesto en el numeral 6.10 del Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública y en la LACAP.

Al momento de la entrega del producto o servicio, traer sello para sellar Acta de Recepción. Para evitar inconvenientes en el pago de su factura, sacar QUEDAN inmediatamente, después de la entrega del producto.

**FONDO GENERAL**

