



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

MINISTERIO DE SALUD  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECE

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 26 de Enero de 2016      **No de Orden:** 009  
**Solicitante:** Sección Impresiones      **Solicitud No:** 015/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **PRINTER DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.**      **NIT :** 0614-220310-102-4  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA      **NRC:** 200767-8  
**Dirección:** CLL. EL MIRADOR, #4838, ENTRE 93 Y 95 AV. NORTE, COL. ESCALON, SAN SALVADOR

REPUESTOS PARA FOTOCOPIADORA MINOLTA BIZHUB 211

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	C/U	S/C	COLLARS	\$ 18.00	\$ 36.00
1	C/U	S/C	CILINDRO	\$ 92.96	\$ 92.96
1	C/U	S/C	REVELADOR	\$ 35.00	\$ 35.00
1	C/U	S/C	RODILLO DE TRANSFERENCIA	\$ 38.02	\$ 38.02
1	C/U	S/C	CUCHILLA	\$ 25.29	\$ 25.29
2	C/U	S/C	RODILLOS DE ALIMENTACION B1	\$ 19.50	\$ 39.00
1	C/U	S/C	RODILLOS DE ALIMENTACION ADF. (ROLLER ADF1, ROLLER ADF2, ROLLER ADF3.)	\$ 79.38	\$ 79.38
<b>TOTAL US:</b>					<b>\$ 345.65</b>

**(TOTAL EN LETRAS) TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO 65 /100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

**OBSERVACION**  
 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.-

**INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:**

TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.

C.C.  
 \*ALMACÉN  
 \*UFI  
 \*UACI  
 \*PRESUPUESTO  
 \*SOLICITANTE  
 \*ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** Inmediata      **FORMA DE PAGO:** Contado

F. *[Signature]*  
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:** Sr. Oscar Ovidio del Cid  
 Encargado de Sección Impresiones  
 Teléfono: 2665-6100 Ext. 1136

**Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino