



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

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

Lugar y Fecha: San Miguel 03 de febrero de 2016 **No de Orden:** 019
Solicitante: Servicio de Neonatología **Solicitud No:** 005/2015
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **PROYECTOS INDUSTRIALES, S.A. DE C.V.** **NIT:** 0614-051056-001-7
Clasificación: Mediana Empresa
Dirección: Boulevard Coronel José Arturo Castellanos (ex Venezuela) #1146, San Salvador. TEL: 2225-9999

Batería para incubadora de transporte de recién nacido.

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	7010363A	Batería para incubadora de transporte 12v 24AH. Ancho: 16cm. Largo: 17cm. Alto: 12.5cm. Batería para UPS 12-24AH. Marca: LEOCH. Modelo: LP12-24	\$ 50.30	\$ 50.30

TOTAL: \$ 50.30

(TOTAL EN LETRAS) CINCUENTA 30/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACION 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: 5 DÍAS **FORMA DE PAGO:** CONTADO

E. *[Firma]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Claudia Carolina Pereira de Cruz
 PBX: 2665-6100 EXT: 1301
Elaboró: Miguel Alexander Méndez Rivas