



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, 18 de febrero de 2016 **No de Orden:** 044
Solicitante: Sección Transporte **Solicitud No:** 04/2016
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante GRUPO Q EL SALVADOR, S.A. DE C.V. **NIT Y / O NRC:** 1217-130668-001-0
Clasificación: Gran empresa **NRC:** 579-7
Dirección: Carretera Panamericana, Km 137 ½ Salida a San Salvador, San Miguel. TEL: 2660-8562

Reparación de ambulancia NISSAN N-9132, propiedad de este Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PARCIAL	VALOR TOTAL
DETALLE DE MANO DE OBRA						
1	C/U	S/C	Diagnóstico de falla	\$262.10	\$262.10	\$810.57
1	C/U	S/C	Cambio de sensor de cigüeñal y levas	\$196.11	\$196.11	
1	C/U	S/C	Corrección de falla de modulo ABS	\$239.36	\$239.36	
1	C/U	S/C	Reprogramación de computadoras	\$113.00	\$113.00	
DETALLE DE REPUESTOS						
2	C/U	S/C	Sensores de levas	\$88.25	\$176.50	\$693.00
1	C/U	S/C	Modulo de ABS	\$404.60	\$404.60	
1	C/U	S/C	Sensor de pos. De cigüeñal	\$95.20	\$95.20	
1	C/U	S/C	Litro de solución de frenos	\$16.70	\$16.70	

TOTAL US: \$ 1,503.57

(TOTAL EN LETRAS) MIL QUINIENTOS TRES 57/100 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: **Inmediato** FORMA DE PAGO: **Contado**

E.
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Elaboro: Miguel Alexander Méndez Rivas

Administrador de la Orden:
Sr. José Dore Reyes Membreño
Jefe Sección Transporte
PBX: 2665-6100 EXT: 1133