



**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, 10 de marzo de 2016 ✓ **No de Orden:** 113 ✓  
**Solicitante:** Laboratorio clínico ✓ **Solicitud No:** 004/2016  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT:** 0614-291012-106-6  
**Clasificación:** Pequeña empresa  
**Dirección:** Alameda Roosevelt y 59 Av. norte, Pasaje Privado No. 5-A Colonia Flor blanca, San Salvador.  
 TEL: 2566-1124, 2259-8880

**Insumos y reactivos para laboratorio clínico**

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
7	70	C/U	30501699	Capilares sin Heparina vial x 100. Marca: S/M. Origen: China. Vence: N/A	\$ 3.50	\$ 245.00
8	3,000	C/U	30503153	Placas petri 90x15 dos compartimientos unidad. Marca: S/M. Origen: China. Vence: N/A	\$ 0.20	\$ 600.00
9	20	C/U	30503591	Puntas azules por unidad. Presentación: Bolsa x 500. Marca: S/M. Origen: Italia. Vence: N/A	\$ 20.00	\$ 400.00
10	40,000	C/U	30503759	Tubo vac plastico con (EDTA) (K3) T/morado de 2ml unidad. Marca: VACUETTE/GREINER. Origen: USA. Vence: 8-12 meses	\$ 0.23	\$ 9,200.00
11	40,000	C/U	30503802	Tubo vacutainer sin anticoagulante activador de coagulación silicone CAT. 367820 de 10ml T/Rojo por unidad. Marca: BD. Origen: USA. Vence: 8-12 meses.	\$ 0.21	\$ 8,400.00

**TOTAL US \$ 18,845.00**

**(TOTAL EN LETRAS) DIECIOCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<b>OBSERVACION</b> El servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** De 5 a 45 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Crédito a 60 días ✓

**E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:** Licda. Mercedes Del Carmen Ventura  
**Jefe de Laboratorio Clínico**  
 PBX: 2665-6100 EXT: 1264

**Elaboró:** Miguel Alexander Méndez Rivas