



**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:** 114 ✓  
**Solicitante:** Laboratorio clínico ✓ **Solicitud No:** 004/2016 ✓  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: TECNO DIAGNOSTICA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. ✓ **NIT:** 0614-130608-105-0 ✓  
**Clasificación:** Pequeña Empresa ✓ **NRC:** 1886631-0 ✓  
**Dirección:** 7a. Calle poniente bis, y calle Jose Marti Nº 6259, colonia Escalón, San Salvador. TEL: 2254-7373 ✓

Insumos y reactivos para laboratorio clínico ✓

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	500	C/U	30103455	Tarjetas para identificación de microorganismos GRAM NEGATIVOS ID-GN, para equipo automatizado VITEK 2 COMPACT. Marca: BIOMERIEUX. Origen: USA. Vencimiento: 8-10 meses. ✓	\$ 6.50	\$ 3,250.00 ✓
2	500	C/U	30103550	Pruebas de sensibilidad antimicrobiana de microorganismos GRAN NEGATIVOS para equipo automatizado VITEK 2 COMPACT. Marca: BIOMERIEUX. Origen: USA. Vencimiento: 8-10 meses. ✓	\$ 6.50	\$ 3,250.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 6,500.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS) SEIS MIL QUINIENTOS 00/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	Según calendarización solicitada //	<b>FORMA DE PAGO:</b>	Crédito 30 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**