



11 AGO 2015

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
 UNAMOS PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 3 de Agosto de 2015 ✓ **No de Orden:** 323 ✓
Solicitante: Departamento de Enfermería ✓ **Solicitud No:** 2/2015
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: Imprenta Divino Salvador Del Mundo. (Mariela Lisseth Del Cid Benavides) ✓ **NIT Y / O NRC:** 1215-260881-101-0
Clasificación: Pequeña Empresa
Dirección: 12 Calle Poniente #102 bis, Barrio San Fco, San Miguel. Tel: 2620-2356

2 sellos para división de maternidad y 2 sellos (uno en centro obstétrico y segundo en vacunación). ✓

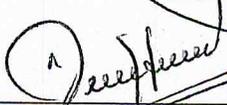
| CANTIDAD | U/M | CODIGO | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------|-----|----------|--|-----------------|-------------|
| 1 | C/U | 80103585 | Sello redondo montado en madera para el servicio de Maternidad Puerperio según muestra de 3cm. | \$ 7.00 | \$ 7.00 |
| 1 | C/U | 80103585 | Sello redondo montado en madera para el servicio de Maternidad Espera según muestra de 3cm. | \$ 7.00 | \$ 7.00 |
| 2 | C/U | 80103580 | Sello cuadrado según muestra montado en madera para el servicio de Reporte Individual de vacunas aplicadas a recién nacidos de 10cm de largo por 7 de ancho. | \$ 20.00 | \$ 40.00 |

TOTAL US: \$ 54.00

(TOTAL EN LETRAS) Cincuenta y cuatro 00/100 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

| | | |
|---|--|--|
| 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: 3 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Contado

F. 
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canal
 DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:
 Licda. María Esperanza Melgar de Reyes
 Jefe de Dpto. de Enfermería.
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Dumercy Antonio Cruz