



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)



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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 11 de Agosto de 2015. ✓

**No de Orden:** 331 ✓

**Solicitante:** Farmacia ✓

**Solicitud No:** 10/2015

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: **Fénix Comunicaciones (Roberto Arturo Rodríguez Díaz)**

**NIT Y / O NRC:** 0614-030980-104-9

**Clasificación:** Micro Empresa

**Dirección:** Col. Harrison Av. Virginia #913 Bo. San Jacinto. San Salvador, El Salvador. Tel: 2237-1501

Talonarios agotados, debido a que son indispensable para la prescripción de los medicamentos de nuestros usuarios es necesario realizar compra urgente.

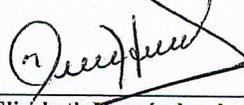
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2,000	C/U	80503707	Block para recetas de despacho de uso de consulta externa uso repetitivo (block de 100 hojas) solo original en papel bond base 16 color amarillo impresión a una tinta, numeradas, engomadas. Medidas: 10 x 16 cms.	\$ 0.50	\$ 1,000.00
6,400	C/U	80503710	Block para recetas de despacho de medicamentos para uso intrahospitalario (block de 100 hojas) solo original en papel bond base 20 color blanco impresión a una tinta, numeradas, engomadas. Medidas: 10 x 16 cms.	\$ 0.20	\$ 1,280.00

**TOTAL US:** \$ 2,280.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Dos Mil Doscientos Ochenta 00/100 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<b>OBSERVACION</b> 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.-	<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.
---	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>10 días hábiles.</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b> Crédito 30 días. ✓

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



**Administrador de la Orden:**  
 Lic. Rocina Gabriela Cañas  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1251

**DIRECCIONELaboró:** Dumercy Antonio Cruz