



**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  
 GOBIERNO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

13 AGO 2015

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 13 de Agosto de 2015 ✓ **No de Orden:** 335 ✓  
**Solicitante:** Bienestar Magisterial de Hospitalización ✓ **Solicitud No:** 001/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **TELECOMODA, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-020799-102-1  
**Clasificación:** Gran Empresa  
**Dirección:** Final Calle El Progreso y Calle Liverpool, Edificio "E" 2do. Nivel, Col. Roma, San Salvador

Servicio de Televisión por cable para 21 Televisores instalados en el área de Hospitalización de Bienestar Magisterial ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Servicio de Televisión por Cable, para 21 televisores (contrato para 12 meses), según detalle:		
12	c/u	Sc	Cuota mensual, paquete Cable TV Básico, para 21 televisores	\$ 278.88	\$ 3,346.56 ✓
21	c/u	Sc	Instalaciones de televisores, para Cable de TV Básico (Pago único)	\$ 48.59	\$ 1,020.39 ✓

**TOTAL US:** \$ 4,366.95 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** Cuatro Mil Trescientos Sesenta y Seis 95/100 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.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 10 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Pago mensual ✓

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cañas**  
**DIRECTORA HOSPITAL**  
  
**Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas**

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