



**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, 02 de Diciembre 2015 ✓ **No de Orden:** 538 ✓  
**Solicitante:** U. A. C. I. ✓ **Solicitud No:** 009/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **A & H INVERSIONES PC MILLENIUM, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT :** 1319-150405-101-2  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA **NRC:** 165272-9  
**Dirección:** CALLE JOAQUIN REDEZNO No.16 B° EL CENTRO, SAN FRANCISCO GOTERA. Telefono:2654-0992

Compra de Computadora para Técnico de la UACI que no tiene equipo asignado. ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	60204105	Computadora Clon con Procesador CORE I3 a 3.6Ghz. Disco duro de 500gb. Memoria 4GB. Unidad CD/DVD, lector de tarjeta interno. Teclado, Mouse, Bocinas, Monitor LCD de 18.5".	\$ 545.00	\$ 545.00 ✓
1	C/U	60201403	UPS OMEGA de 800VA, 6 entradas (3 baterías y 3 reguladas) 110VA	\$ 55.00	\$ 55.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 600.00 ✓  
**(TOTAL EN LETRAS) SEISCIENTOS 00 /100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA** ✓

<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:** 5 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días ✓

F.

**Administrador de la Orden:** Sr. Luis Eduardo Cruz Campos  
 PBX: 2665-6154 EXT: 1175 **Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino