



MINISTERIO  
DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL  
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 11 de Noviembre de 2020 ✓ **No de Orden:** 461/2020 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO ✓ **Solicitud No:** 164/2020  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **ELEVADORES DE CENTROAMÉRICA, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** Residencial Arcos de Utila, Santa Elena casa #7, Santa Tecla, La Libertad  
**Correo Electrónico:** [info@elevadojesca.com.sv](mailto:info@elevadojesca.com.sv) // [nguzman@elevadojesca.com.sv](mailto:nguzman@elevadojesca.com.sv) **Teléfono:** 2288-7981, 2124-2566

Repuestos para rehabilitar funcionamiento del Elevador L4 (Ascensor Camillero) ✓

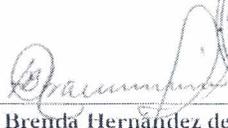
R	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	81207	Suministro e Instalación de 2 Contactores. Marca ABB, Contactor AF52 – 30 – 11 – 13 , 100 – 250 V 50/60 HZ – DC Incluye contacto lateral auxiliar 1NA + 1NC Garantía: 3 meses contra defectos de fabricación y/o instalación.	\$ 443.82	\$ 443.82 ✓

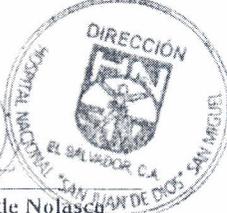
**TOTAL US:** \$ 443.82 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES 82/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

<input type="checkbox"/> <b>OBSERVACIÓN</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, ocho 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.
	<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	<b>RECURSOS PROPIOS</b>	

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL.		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	20 días hábiles a partir de la recepción de la OC	<b>FORMA DE PAGO:</b>	Crédito 30 días ✓

E.   
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL.



**Administrador de la Orden:** Sr. Jorge Américo Reyes Machuca ✓  
 Encargado de Equipo Básico.  
 PBX: 2792-3069

**Elaboró:** Licda. Jéssica Eileen Valle de Ventura.  
**Fecha de Distribución:** 13 NOV 2020