



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

**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, 09 de Septiembre de 2014

**No de Orden:** 331

**Solicitante:** Farmacia

**Solicitud No:** 017/2014

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**ELECTROMECANICA FINA MONDRAGON (JUAN ANTONIO MONDRAGON)**

**NIT Y / O NRC:** 1217-130660-003-8

**Clasificación:** Pequeña

**Dirección:** 6ª Calle Ote. # 504, San Miguel

Reparación de Maquinas de Escribir

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	S/C	MAQUINA DE ESCRIBIR MARCA OLYMPIA INV 4102-1357. LIMPIEZA GENERAL \$ 15.00 REPARACION DEL MEVANISMO DE LOS COLORES \$ 20.00	\$ 35.00	\$ 35.00
1	C/U	S/C	MAQUINA DE ESCRIBIR MARCA OLIMPIA INV 4102-1380 ✓ LIMPIEZA GENERAL \$ 15.00 REPARACION DEL MECANISMO DE CINTA \$ 20.00 AJUSTE DE PORTA CINTA \$ 8.00	\$ 43.00	\$ 43.00
1	C/U	S/C	MAQUINA DE ESCRIBIR MARCA OLIMPIA INV 4102-1353 ✓ LIMPIEZA GENERAL \$ 15.00 REPARACION DE LOS COLORES \$ 20.00 RECTIFICACION DEL RODILLO IMPRESOR \$ 10.00	\$ 45.00	\$ 45.00
1	C/U	S/C	MAQUINA DE ESCRIBIR MARCA OLIMPIA INV 4010-15324-35 ✓ LIMPIEZA GENERAL \$ 15.00 REPARACION DEL MECANISMO DEL CARRO \$ 20.00	\$ 35.00	\$ 35.00
<b>TOTAL US:</b>					<b>\$ 158.00</b>

**(TOTAL EN LETRAS)** Ciento cincuenta y ocho 00/100 Dólares de Los Estados Unidos de América.

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *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>2 días</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>Contado</b>

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



**Administrador de la Orden:**  
Sra Milagro de la Paz Vargas Díaz  
Jefe de Farmacia  
PBX: 2665-6100 Ext. 1254

**Elaboro:**  
Sandra Yaneth Robles