



**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, 30 de Octubre de 2014

**No de Orden:** 371

**Solicitante:** Unidad Informática

**Solicitud No:** 002/2014

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**GYS SUMINISTROS, S.A. DE C.V.**

**NIT Y / O NRC:** 0614-140206-103-5

**Clasificación:** Pequeña Empresa

**Dirección:** Calle San Antonio Abad # 2,305B San Salvador.

**Insumos Informáticos**

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
3	C/U	8-02-02351	CARTUCHO DE TONER NEGRO, HP 90X C/U	\$ 139.00	\$ 417.00
5	C/U	8-02-02352	CARTUCHO DE TONER AMARILLO HP 507A	\$ 145.77	\$ 728.85
5	C/U	8-02-02353	CARTUCHO DE TONER MAGENTA HP 507A	\$ 145.77	\$ 728.85
5	C/U	8-02-02354	CARTUCHO DE TONER CYAN HP 507A	\$ 145.77	\$ 728.85
40	C/U	8-02-03092	CARTUCHO DE TONER NEGRO HP 80 X	\$ 100.57	\$ 4,022.80
12	C/U	8-02-03093	CARTUCHO DE TONER NEGRO, HP 507X	\$ 100.57	\$ 1,206.84
7	C/U	8-02-03350	CARTUCHO DE TONER COLOR CYAN, HP 31A	\$ 62.15	\$ 435.05
8	C/U	8-02-03360	CARTUCHO DE TONER COLOR AMARILLO, HP 32A	\$ 62.15	\$ 497.20
8	C/U	8-02-03370	CARTUCHO DE TONER COLOR MAGENTA, HP 33A	\$ 62.15	\$ 497.20
4	C/U	8-02-03380	CARTUCHO DE TONER COLOR NEGRO, HP 70A	\$ 96.05	\$ 384.20
4	C/U	8-02-03390	CARTUCHO DE TONER COLOR CYAN, HP 71A	\$ 96.05	\$ 384.20
2	C/U	8-02-03400	CARTUCHO DE TONER COLOR AMARILLO, HP 72A	\$ 96.05	\$ 192.10
2	C/U	8-02-03410	CARTUCHO DE TONER COLOR MAGENTA, HP 73A	\$ 96.05	\$ 192.10
2	C/U	8-02-0312	CARTUCHO DE TONER COLOR AMARILLO, HP 252A	\$ 169.50	\$ 339.00
2	C/U	8-02-03413	CARTUCHO DE TONER COLOR MAGENTA, HP 253A	\$ 169.50	\$ 339.00
2	C/U	8-02-03419	CARTUCHO DE TONER COLOR CYAN, HP 251A	\$ 169.50	\$ 339.00

**TOTAL US: \$ 11,432.24**

**(TOTAL EN LETRAS)** *Once mil cuatrocientos treinta y dos 24/100 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 *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** 15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIDA  
**FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 DIAS  
**LA ORDEN DE COMPRA**

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



**Administrador de la Orden:**  
Henry Láinez  
Encargado de Informática  
PBX: 2665-6100 Ext. 1170

**Elaboro:**  
Sandra Yaneth Robles