



**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

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 11 de Diciembre de 2014 **No de Orden:** 408  
**Solicitante:** Sección Transporte **Solicitud No:** 035/2014  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **TALLER ELECTRICO EL POLLO** **NIT Y / O NRC:** 1217-091277-103-0  
(Yovany Alexander Romero Argueta)  
**Clasificación:** Pequeña Empresa  
**Dirección:** Avenida Madre Tierra, Col. San Francisco No. 92, Pasaje No.2, San Miguel.- Tel.2669-1365

Reparación de Ambulancia, Marca: Mercedes Benz, Modelo: UCI, Placa N-16129, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	c/u	s/c	Reparar PCM	\$ 225.00	\$ 225.00
1	c/u	s/c	Remover antena e inmovilizador de la llave de ignición	\$ 90.00	\$ 90.00
1	c/u	s/c	Reprogramar llave y reflachar PCM de inmovilizador de partes	\$ 90.00	\$ 90.00
1	c/u	s/c	Chip de llave	\$ 90.00	\$ 90.00

**TOTAL US:** \$ 495.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Cuatrocientos Noventa y Cinco 00/100 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:** Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado

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

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