



**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, 20 de Enero de 2015 ✓ **No de Orden:** 017

**Solicitante:** Departamento de Suministros ✓ **SOLICITUD No:** 012/2014 ✓

**Nombre de persona natural o Jurídica suministrante:** LA CENTRAL SEGUROS Y FIANZAS, S.A. **NIT Y / O NRC:** 0614-140783-001-8

**Clasificación:** Gran Empresa

**Dirección:** Avenida Olímpica Nº 3333, San Salvador Tel. 2268-6033

Póliza de Seguro contra incendio para el año 2015 de los diferentes Almacenes. ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
1	C/U	81202056	Seguro de Incendio: Bienes Propiedad del Hospital San Juan de Dios de San Miguel, mientras se encuentren ubicado en: Final 11 Calle Poniente y 23 Avenida Sur Colonia Ciudad Jardín San Miguel Bienes Consistentes en: - Insumos Médicos - Medicamentos. - Insumo de Laboratorio. - Mobiliario y equipo, suministros generales, suministros de mantenimiento, insumos de odontología y almacén de alimentos hasta por la suma de: \$ 3,355,962.81. Vigencia del Seguro: 01 de Enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015, ambas fechas a las doce horas del día. Todos los riesgos detallados en la Cotización anexa... Prima Anual e Impuestos Prima Incendio tasa 2.65% Iva 13% Sub total (+) decreto 341 Total a pagar	\$ 8,893.30 \$ 1,156.13 \$ 10,049.43 \$ 177.87 \$ 10,227.30
<b>(TOTAL EN LETRAS)</b> Diez mil doscientos veintisiete 30/100 dólares de los Estados Unidos de América				<b>10,227.30</b>

<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.	C.C. *ALMACÉN N *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** 15 DIAS HABILES **FORMA DE PAGO:** CREDITO A 60 DIAS

F.   
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Camacho  
DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
Lic. Luis Alfredo Avalos  
Jefe de Suministros  
PBX: 2665-6100. Ext. 1173

**Elaboró:** Sandra Yaneth Robles.