



**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**  
UNIDOS CRECEMOS TODOS

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 27 de Enero de 2015 ✓ **No de Orden:** 28 ✓  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO ✓ **Solicitud No:** 175/2014 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **C&B, SUMINISTROS MEDICOS QUIRURGICOS** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0210-170364-102-2  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA  
**Dirección:** 4º Pje Sur, Senda #2, casa 35 E-Residencial San Antonio, Santa Tecla.

Compra de repuestos para Equipos que estan fuera de uso por estos repuestos. ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
25	c/u	s/c	Focos para laringoscopio cat. 4700 fabricado por Welch Allyn-USA	\$ 20.90	\$ 522.50
15	c/u	s/c	Focos para laringoscopio cat. 4800 fabricado por welch Allyn -USA	\$ 20.90	\$ 313.50

**TOTAL US: \$ 836.00**

**(TOTAL EN LETRAS)** Ochocientos treinta y seis 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.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 5 días hábiles ✓ **FORMA DE PAGO:** Crédito 60 días ✓

F. *(Signature)*  
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Elaboro:**  
**Luis Eduardo Cruz Campos**

**Administrador de la Orden:**  
**Ing. Roberto Cevillas Canales**  
**Jefe Dpto. Conservación y Mantenimiento**  
**Tel. 2661-3009, PBX: 2665-6100 Ext. 1131** [cviroberto@yahoo.com](mailto:cviroberto@yahoo.com)