



**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"

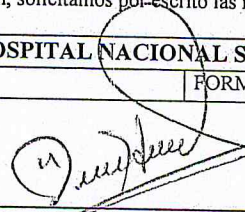
**Lugar y Fecha:** San Miguel, 04 de Febrero de 2015 ✓ **No de Orden:** 041 ✓  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO ✓ **Solicitud No:** 022/2015 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **THYSSENKRUPP ELEVADORES, S.A. ✓** **NIT Y / O NRC:** 9483-190298-101-0  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** C/ale circunvalación #300-B colonia San Benito, San Salvador

**Suministro e Instalación de tarjeta Operador la cual se utilizada en la reparación y poner en funcionamiento Ascensor L7 (montacargas) de este Hospital.**

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	c/u	70170	Suministro e Instalación de 1- Tarjeta-operador de puerta Equipo: E 20080252 L7	\$ 1,100.09	\$ 1,100.09 ✓

**TOTAL US:** \$ 1,100.09 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** Mil Cien 09/100 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>	10 días hábiles	<b>FORMA DE PAGO:</b> Contado
 <b>F. Dra. Juana-Elizabeth Hernández de Canales</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b>		
<b>Administrador de la Orden:</b> Ing. Roberto Cevillas Canales Jefe Dpto. Conservación y Mantenimiento Tel. 2661-3009, PBX: 2665-6100 Ext. 1131 cviroberto@yahoo.com	<b>Elaboro:</b>  <b>Luis Eduardo Cruz Campos</b>	