



**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, 16 de Febrero de 2015 ✓ **No de Orden:** 55 ✓  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO ✓ **Solicitud No:** 007/2015 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **RQUIMICA, S.A. DE C.V.** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-110483-001-4  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** Prolongación alameda Juan pablo II, Pje. #2, Bodega 4, Complejo Industrial san Jorge.  
 Teléfono: 2260-0746

Compra de pastillas de Hipoclorito de calcio para aplicar a dos depósitos de cisterna para potabilizar agua de consumo humano de este hospital. ✓

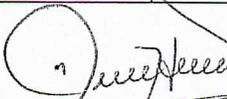
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1,000	c/u	80601085	Pastillas de Hipoclorito de calcio de 200 grs. Al 70% de concentración empaque individual, tambo de 225 tabletas, Marca: HTH, origen: USA, Vencimiento: 1 año.	\$ 0.90	\$ 900.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 900.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** *Novcientos 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 *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>	<b>5 días hábiles</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>60 días</b>

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



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