



**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

040515

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 15 de Abril de 2015      **No de Orden:** 132  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO      **Solicitud No:** 049/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **THYSENKRUPP ELEVADORES, S.A.**      **NIT Y / O NRC:** 9483-190298-101-0  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** Cale circunvalación #300-B colonia San Benito, San Salvador

**Compra de servicio de suministros e Instalación de repuestos para Ascensor L5, 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	\$ 1,100.09	\$ 1,100.09
1	c/u	70170	Suministro e Instalación de 1- Tarjeta de freno	\$ 325.36	\$ 325.36
1	c/u	70170	Suministro e Instalación de 1- sensor de puerta	\$ 168.94	\$ 168.94
1	c/u	70170	Suministro e Instalación de 12- rodos para puerta	\$ 1,345.44	\$ 1,345.44

**TOTAL US: \$ 2,939.83**

**(TOTAL EN LETRAS)** Dos mil Novecientos treinta y nueve 83/100 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.
---	--	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** 40 días hábiles      **FORMA DE PAGO:** Anticipado

F.   
**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)