



**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, 15 de Abril de 2015 **No de Orden:** 133  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO **Solicitud No:** 047/2015  
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 L3, de este Hospital.**

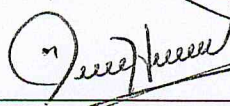

| CANTIDAD | U/M | CODIGO | DESCRIPCIÓN                                       | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------|-----|--------|---|-----------------|-------------|
| 1        | c/u | 70170  | Suministro e Instalación de 1- Tarjeta IOC        | \$ 1,103.59     | \$ 1,103.59 |
| 1        | c/u | 70170  | Suministro e Instalación de 1- sensor de puerta   | \$ 168.94       | \$ 168.94   |
| 1        | c/u | 70170  | Suministro e Instalación de 1- Display de pasillo | \$ 274.78       | \$ 274.78   |
| 1        | c/u | 70170  |   |                 |             |

**TOTAL US: \$ 1,547.31**

*(TOTAL EN LETRAS) Mil Quinientos cuarenta y siete 31/100 Dólares de los Estados Unidos de América*

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>OBSERVACION</b><br>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><br>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.<br>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación. | <b>C.C.</b><br>*ALMACÉN<br>*UFI<br>*UACI<br>*PRESUP.<br>*SOLICITANTE<br>*ADM. DE OC. |
|---|---|--|

|                          |  |                       |                   |
|--------------------------|--|-----------------------|-------------------|
| <b>LUGAR DE ENTREGA:</b> | <b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b> |                       |                   |
| <b>FECHA DE ENTREGA:</b> | <b>40 días hábiles</b>                               | <b>FORMA DE PAGO:</b> | <b>Anticipado</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 **Elaboro:** Luis Eduardo Cruz Campos