



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 18 DE MAYO DE 2015 **No de Orden:** 188  
**Solicitante:** RECURSOS HUMANOS **Solicitud No:** 006/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **ITR DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** **NIT Y / O NRC:** 0614-191065-003-3  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA  
**Dirección:** 4ª C.P. Y 25 Av. Sur Condominio Cuscatlán #110, San Salvador

Repuestos y/o accesorios para lectores biométricos (reloj marcador) del Hospital, para control y salida del personal.

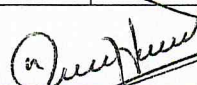
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
3	C/U	70215145	Teclado para lectores biométricos HP-3000	\$ 141.25	\$ 423.75
2	C/U	70188305	Platina para bandeja de lectores biométricos HP-3000	\$ 141.25	\$ 282.50

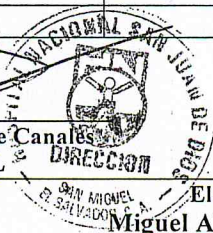
**TOTAL US:** \$ 706.25

**(TOTAL EN LETRAS) SETECIENTOS SEIS 25/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<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 *PRESUPUESTO *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>DE 5 A 8 DIAS HABLES, ITEM 1</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CREDITO 30 DIAS</b>
	<b>45 DIAS APROXIMADAMENTE, ITEM 2</b>		

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



**Elaboró:**  
**Miguel Alexander Méndez Rivas**

**Administrador de la Orden:**  
**Lic. Moisés Elías Cardona M.**  
 PBX: 2665-6100  
 EXT. 1184