



Teléfono: 2248-7333 • 2248-7231 • Fax: 2248-7141

Venta al por mayor de equipamiento para uso médico, odontológico, veterinario y servicios conexos.

**Factura**  
No. 17DS000F

1430

NIT: [REDACTED]  
NRC: [REDACTED]

Nombre y Dirección  
ISSS-Instituto Salvadoreño Seguro Social  
Alameda Juan Pablo II Pte.  
San Salvador

N.R.C.:  
Giro: 0614-031253-002-1  
NIT.:

Código de Cliente 40018211		Orden de Compra No. 4619000124		Vendedor	
Numero de Documento 55024515	Fecha Documento 11/4/2019	Fecha de Vencimiento 11/5/2019	Pagina 1		
Forma de Pago A030 DIAS	No. Orden 1651190	Hecha por J. GARCIA	Control de Exportación:		Nota de Remisión:
					F.N. de Remisión:

Venta a cuenta de:

Forma de pago: Efectivo  Cheque  N/A Banco  TC

Cantidad		Localizada	Código del Artículo	Descripción	Precio Unitario	Unid. Med.	Vtas. no Sujetas	Venta Exenta	Ventas Afectas
Ordenada	Entregada								
1	1		1	Número de Acreedor asignado: 50007241 Según Orden de Compra No. 4619000124 Libre Gestión No. 1Q18000247 "ADQUISICIÓN DE EQUIPO DE ULTRASONOGRAFIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL ISSS"  Código: A930401 Descripción Código ISSS: Equipo de Ultrasonografía Para Ginecología y Obstetricia Descripción Comercial: Equipo de Ultrasonografía  País de Origen: Corea/Alemania Modelo: Acuson NX3 Marca: Siemens Serie: 513346 Lugar de Instalación: HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL DEL ISSS Subtotal..... (-) Retención del 1%..... Son: Veinticuatro mil setecientos nueve con 38/100 Dólares.	\$24,930.00	UM			\$24,930.00
									\$24,930.00
									\$220.62

*Garantía: 24 meses (de Junio 2019 a Junio 2021)*

**Dr. Daniel Alberto Vásquez Lara**  
DOCTOR EN MEDICINA  
J.V.P.M. No 11077

Hospital Policlínico Zacamil  
Jefe Consulta Externa  
ISSS

11.04.19

Observaciones:	VENTAS AFECTAS	VTAS. NO SUJETAS	VENTAS EXENTAS	TOTAL
Después del vencimiento devengará intereses moratorios del _____ % mensual.	\$24,709.38			\$24,709.38
Para pagos y consultas indicar el número del documento	LLENAR SI LA OPERACIÓN ES IGUAL O SUPERIOR A \$ 200.00 ACEPTO Y RECONOZCO COMO OBLIGATORIAS LAS CONDICIONES ESPECIFICAS AL DORSO		LLENAR SI LA OPERACIÓN ES IGUAL O SUPERIOR A \$ 200.00 ACEPTO Y RECONOZCO COMO OBLIGATORIAS LAS CONDICIONES ESPECIFICAS AL DORSO	
Cuentas Bancarias	RECIBIDO POR:		ENTREGADO POR:	
[REDACTED]	N.I.T. / D.U.I.:		N.I.T. / D.U.I.:	
	FIRMA DE RECIBIDO:		FIRMA DE ENTREGADO:	

5000666194

DUPLICADO CLIENTE

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
 FECHA: 11.06.2019  
 PÁGINA No. 1/1