



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**  
**(U.A.C.I.)**

**Final 11 Calle Poniente y 23 Av. Sur, Colonia Ciudad Jardín. San Miguel.**

**Lugar y Fecha:** San Miguel , 31 de Julio de 2014.

**No de Orden:** **288**

**Solicitante:** U.A.C.I.

**SOLICITUD No:** 008//2014

**Nombre de persona natural o Jurídica suministrante** **DIMEGA, S.A. DE C.V.**

**NIT Y/O NRC:** 1217-121012-101-8

**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA

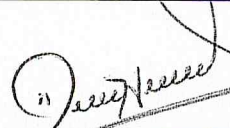
**Dirección:** Residencial Bosques de Santa Teresa, Calle el copinol #4, Santa Tecla. La Libertad

**Tinta para Impresor** OfficeJet 8500

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
3	C/U	80202630	CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA: HP. MODELO OFFICEJET 8500 AMARILLO, NUMERO 940XL. ORIGEN: CHINA.	\$ 30.51	\$ 91.53
3	C/U	80202610	CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA: HP. MODELO OFFICEJET 8500 CYAN, NUMERO 940XL. ORIGEN: CHINA	\$ 30.51	\$ 91.53
<b>TOTAL US:</b>				<b>\$</b>	<b>183.06</b>

**(TOTAL EN LETRAS) Son: Ciento ochenta y tres 06/100 dólares exactos.**

<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.-	<p>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.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>Almacén de Insumos Generales en el HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	8 días hábiles después de recibir orden de compra.	<b>FORMA DE PAGO:</b> Crédito 30 días

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



**Administrador de la Orden:**  
 Sra. Rosa Lorenza de Navarro  
 Técnico UACI  
 Tel. 2665-6154. PBX. 2665-6100 Ext. 1174

**Elaboro:**  
 Licda. Norma Flamenco