



**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**  
UNÁMONOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** 18 de Agosto de 2014 ✓ **No de Orden:** 307 ✓  
**Solicitante:** Departamento de Radiología e Imagen ✓ **Solicitud No:** 003/3014  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **CIAN-FIA-UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR** ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-110121-001-3  
**Clasificación:** Institución de Gobierno no clasificada  
**Dirección:** Final 25 Av. Norte, Ciudad Universitaria, San Salvador, El Salvador.- Tel. 2235-9035

Servicio de Control de Calidad en Equipos de Rayos X, para cumplir requisitos de la UNRA para renovar permiso ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Servicios de Control de Calidad en Equipos de Rayos X, según detalle:		
4	c/u	Sc	Equipos de Rayos X portátiles, Marca: SIEMENS, Modelo: Mobilet XP Hibrid	\$ 198.00	\$ 792.00
1	c/u	Sc	Equipo de Rayos X, Marca: SIEMENS, Modelo: Multix MP	\$ 198.00	\$ 198.00
1	c/u	Sc	Equipo de Rayos X con fluroscopia, Marca: SIEMENS, Modelo: ICONOS R100	\$ 225.00	\$ 225.00
1	c/u	Sc	Equipo de Mamografía, Marca: SIEMENS, Modelo: Mamommat 1000	\$ 215.00	\$ 215.00
1	c/u	Sc	Equipo de Tomografía (TAC), Marca: SIEMENS, Modelo: Emotion 6	\$ 250.00	\$ 250.00

**TOTAL US: \$ 1,680.00**

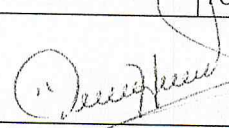
**(TOTAL EN LETRAS) Mil Seiscientos Ochenta Dólares Exactos de los Estados Unidos de America** ✓


<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.

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

**FECHA DE ENTREGA:** 2 Semanas hábiles

**FORMA DE PAGO:** Contado

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



**Administrador de la Orden:** Lic. Carlos Orlando Vides Molina ✓  
 Jefe Radiología  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1218 - 1205

Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas