



**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, 4 de Agosto de 2014. **No de Orden:** 290  
**Solicitante:** SECCION ACTIVO FIJO **SOLICITUD No:** 001/2014  
**Nombre de persona natural o Jurídica suministrante:** DATAPRINT DE EL SALVADOR **NIT Y / O NRC:** 0614-310107-103-8  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 25 CL PTE. No. 839 Colonia Layco. San Salvador

TINTAS HP PARA ACTIVO FIJO.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	c/u	s/c	CARTUCHO DE TINTA HP 951XL MAGENTA ORIGINAL	\$ 32.90	\$ 131.60
4	c/u	s/c	CARTUCHO DE TINTA HP 951XL CYAN ORIGINAL	\$ 32.90	\$ 131.60
4	c/u	s/c	CARTUCHO DE TINTA HP 951XL AMARILLO ORIGINAL	\$ 32.90	\$ 131.60
6	c/u	s/c	CARTUCHO DE TINTA HP 950XL NEGRO ORIGINAL	\$ 42.90	\$ 257.40

**TOTAL US:** \$ 652.20

*(TOTAL EN LETRAS) SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS 20/100 DOLARES*

<b>OBSERVACION</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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *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>5 DIAS HABLES</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CREDITO 30 DIAS</b>

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



**Administrador de la Orden:**  
 Sra. Marleny de los Angeles Aparicio de Paz  
 Secretaria Sección Activo Fijo  
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Sra. De Navarro.