



**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 11 de Noviembre de 2014 **No de Orden:** 378  
**Solicitante:** Terapia Respiratoria **Solicitud No:** 04/2014  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** **NIT Y / O NRC:** 0614-220277-002-3  
**Clasificación:** Gran Empresa  
**Dirección:** 25 Av Norte # 1080 San Salvador

Gases Medicinales y Hospitalarios para suplir la demanda de atención del mes de Diciembre.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
24	C/U	12000065	OXIGENO DE 23 P.C. CARGA, ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 7.99	\$ 191.76
150	C/U	12000068	OXIGENO DE 50 P.C CARGA, ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 9.51	\$ 1,426.50
100	C/U	12000075	OXIGENO 220 P.C CARGA, ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 23.81	\$ 2,381.00
1	C/U	S/C	NITROGENO 50 P.C CARGA, ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 10.72	\$ 10.72
6	C/U	70305940	NITROGENO 210 P.C CARGA, ORIGEN: EL SALVADOR	\$ 25.22	\$ 151.32

**TOTAL US: \$ 4,161.30**

**(TOTAL EN LETRAS)** Cuatro mil ciento sesenta y uno 30/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<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.		C.C. *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>	PARCIAL, SEGÚN NECESIDAD DEL HOSPITAL	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CREDITO A 60 DIAS POSTERIORES A FECHA DE FACTURA

F.   
Dra. Juana E. Hernández de Canales  
DIRECTORA HOSPITAL



**Administrador de la Orden:**  
Lic. Mayra Rodríguez  
Sub Jefe de Terapia Respiratoria  
PBX: 2665-6100

**Elaboro:**  
Sandra Yaneth Robles