



**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, 16 de Febrero de 2015      **No de Orden:** 054  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO      **Solicitud No:** 161/2014  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **MURILLO INGENIEROS, S.A. DE C.V.**      **NIT Y / O NRC:** 0617-040685-001-1  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 2ª. Avenida Norte # 1-1 Ahuachapán, Ahuachapán, teléfono: 2413-2119

Suministro e Instalación de tres Equipos de Aire Acondicionado para Climatizar tres áreas de Neonatos (3er Nivel)

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	c/u	81207105	Equipo para aire acondicionado mini Split de 48,000 BTU, Equipo al techo, marca: Lennox, 220 voltios trifásico, silencioso, refrigerante R-410, con su respectiva bomba para condensado y tubería PVC ¾", Incluye Instalación mecánica, Hidráulica y eléctrica.	\$ 3,041.74	\$ 6,083.48
1	c/u	81207104	Equipo para aire acondicionado mini Split de 36,000 BTU, Equipo al techo, marca: Lennox, 220 voltios trifásico, silencioso, refrigerante R-410, con su respectiva bomba para condensado y tubería PVC ¾", Incluye Instalación mecánica, Hidráulica y eléctrica.	\$ 3,520.98	\$ 3,520.98
				<b>TOTAL US:</b>	\$ 9,604.46

**(TOTAL EN LETRAS)** Nueve mil seiscientos cuatro 46/100 Dólares de los Estados Unidos de América.

<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 *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 15 días      **FORMA DE PAGO:** Crédito a 60 días

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

**Administrador de la Orden:** Ing. Roberto Cevillas Canales  
 Jefe Dpto. Conservación y Mantenimiento  
 Tel. 2661-3009, PBX: 2665-6100 Ext. 1131      [cviroberto@yahoo.com](mailto:cviroberto@yahoo.com)      **Elaboro:** Luis Eduardo Cruz Campos