

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



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, 19 de Enero de 2016 **No de Orden:** 004
Solicitante: Tesorería **Solicitud No:** 01/2016
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **IMPRESOS DOBLE "G", S.A. DE C.V.** **NIT :** XXXXXXXXXX
Clasificación: PEQUEÑA EMPRESA **NRC:** XXXXXXXXXX
Dirección: 18 CALLE PTE #814, PJE MONSERRAT, BARRIO SANTA ANITA, SAN SALVADOR. T: 2221-6639/FAX: 2281-5409.

COMPROBANTE DE RETENCIÓN PARA EFECTUAR LA RETENCIÓN DE 1% DEL IVA.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
50	C/U	80503912	Block de Comprobantes de Retención Fiscal, en tamaño media carta, Original y tres Copias, impresos en papel químico, a una tinta Numerados, según muestra.	\$ 4.00	\$ 200.00

TOTAL US: \$ 200.00

(TOTAL EN LETRAS) DOSCIENTOS 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

<p>OBSERVACION</p> <p>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>	<p align="center">INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</p> <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. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
--	---	--

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

FECHA DE ENTREGA: 8 días hábiles **FORMA DE PAGO:** Contado

Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden:
 Licda. Maira Elisa Privado Lazo
 Tesorera Institucional
 PBX: 2665-6100 EXT: 1180

Elaboró:
 Genara Magdalena Berrios de Merino