

## 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"

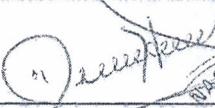
Lugar y Fecha: San Miguel, 12 de Febrero de 2016. No de Orden: 033  
 Solicitante: División Administrativa Solicitacion No: 04/2016  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: SERVICES AND REPRESENTATIONS, S.A DE C.V. NIT : XXXXXXXXXX  
 Clasificación: Pequeña Empresa  
 Dirección: Calle José Martí, Col. Escalón, # 4-37, San Salvador. Teléfono: 2264 – 9235.

PAGO POR MULTA ADMINISTRATIVA DE ADUANA POR DECRETAR CARGA EN ABANDONO BL No. KKLUCVY190213. CORRESPONDIENTE A 2 AMBULANCIAS DONADAS POR EMBAJADA DE JAPON.

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	S/C	PAGO POR MULTA ADMINISTRATIVA DE ADUANA POR DECRETAR CARGA EN ABANDONO // BL No. KKLUCVY190213.	\$ 100.00	\$ 100.00
1	C/U	S/C	TRAMITE DE RESCATE.	\$ 90.00	\$ 90.00

TOTAL US: \$ 190.00

CIENTO NOVENTA 00/100DOLARES 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:	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
FECHA DE ENTREGA:	<b>INMEDIATA</b>	FORMA DE PAGO: <b>CONTADO</b>
 <b>Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b>		
Administrador de la Orden: Lic. Nelson Eduardo Flores. PBX: 2665-6100 EXT: 1610	 <b>Elaboró:</b> <b>Sofía Carolina Mendoza Morales</b>	