

## **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)**

MINISTERIO DE SALUD  
 DEPARTAMENTO DE  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

Lugar y Fecha: San Miguel, 28 de Junio de 2016 No de Orden: 360  
 Solicitante: Departamento de Suministro Solicitud No: 13/2016  
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: ZONAPRINT, S.A. DE C.V. NIT : XXXXXXXXXX  
 Clasificación: Pequeña Empresa NRC:  
 Dirección: Centro comercial, Plaza mundo, local 173, 1ra planta, 4 etapa, San Salvador. Teléfono: 2277-8263

Compra de Insumo para el Servicio de Citología, para Abastecer el año 2016.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
40,000	C/U	80502914	Viñetas Troqueladas en adhesivo mate, medida 3/4" x 1/2".	\$ 0.017	\$ 680.00

**TOTAL US:** \$ - 680.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Seiscientos ochenta 00/100 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

FECHA DE ENTREGA: 15 días / FORMA DE PAGO: Crédito 60 días

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:  
 Lic. Luis Alfredo Avalos Cerna  
 Jefe del Departamento de Suministro  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1173

Elaboró:  
 Genara Magdalena Berrios de Merino



89