

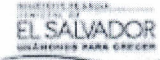
## **VERSIÓN PÚBLICA**

**“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, 26 de Julio de 2016 ✓ **No de Orden:** 416 ✓  
**Solicitante:** División Administrativa ✓ **Solicitud No:** 6/2016  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** Cecopla, S.A. de C.V. **NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeño Contribuyente  
**Dirección:** Av. Roosevelt sur y pje empresarios juveniles #3 San Miguel, El Salvador. Tel: 2313-6929

Para la necesidad de ordenar el parqueo vehicular al interior del centro hospitalario. ✓

R	CANTIDAD	UM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	500	C/U	5/C	Elaboración de Sticker con emblema del hospital nacional San Juan de Dios. Según muestra y tamaño.	\$ 0.40	\$ 200.00

**TOTAL US:** \$ 200.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Doscientos 00/100 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.-	<b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Queda, 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:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** 2 días hábiles **NORMA DE PAGO:** Crédito 30 días ✓

E.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Casteles**  
**DIRECTORA HOSPITALAR**

**Administrador de la Orden:**  
 Lic. Nelson Eduardo Flores  
 Jefe División Administrativa.  
 PBX: 2665-6100

Elaboró: Dumercy Antonio Cruz