

## **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)**

EL SALVADOR  
UNAMONOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 20 DE OCTUBRE DE 2016

**No de Orden:** 548

**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

**Solicitud No:** 223/2016

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante

**FREUND, S.A. DE C.V.**

**NIT Y/O NRC:**

**Clasificación:** GRAN EMPRESA

**Dirección:** 2ª Calle Oriente y 4ª avenida norte, San Miguel. Tel. 2661-1100

**PARA REPARAR FUGA DE AGUA POTABLE EN AREA DE GUARDAROPIA**

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	70211104	CODO PVC 90gdo F 2P	\$ 0.95	\$ 0.95
2	C/U	70211145	UNION PVC F 2P	\$ 0.65	\$ 1.30

**TOTAL US:** \$ 2.25

**(TOTAL EN LETRAS) DOS 25/100 DOLARES 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.	*ALMACEN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** INMEDIATA **FORMA DE PAGO:** CONTADO

F. *Juana Elizabeth Hernández de Canales*  
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:**  
**Tec. Jorge Americo Reyes Machuca**  
 PBX: 2665-6100 EXT:1131

**Elaboró:**  
**María Julia Ramírez Ramos.**

α J