

## **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:** 26 DE OCTUBRE DE 2016  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante  
**Clasificación:** MICRO EMPRESA  
**Dirección:** Residencial Los Eliseos, calle Los Eliseos, casa 10-B, San Salvador. Tel. 2248-0570

**No de Orden:** 562  
**Solicitud No:** 015/2016  
**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

INSUMOS DESIERTOS Y NO ADJUDICADOS EN LICITACION PÚBLICA N° 05/2016.

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
18	250	CIU	11700030	GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, FRASCO 8 ONZAS, MARCA: SONNE, VENCIMIENTO MINIMO 2 AÑOS.	\$ 2.75	\$ 687.50

**TOTAL US:** \$ 687.50

(TOTAL EN LETRAS) SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE 50/100DOLARES 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.-	<b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** 6 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR O/C.      **FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 DIAS

  
 E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Carafación  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Liedo, Luis Alfredo Avalos Cerna  
 PBX: 2665-6100 EXT:1173

**Elaboró:**  
 María Julia Ramírez Ramos.