

## **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)**

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
 UNAMOS NUESTROS PASOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 15 DE NOVIEMBRE DE 2016 **No de Orden:** 597  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO **Solicitud No:** 247/2016  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **REPUESTOS "NETO'S"** **NIT Y/O NRC:** 1217-090955-003-4  
**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA  
**Dirección:** Final 4a. Av. Norte 1/2 cuadra al Pte. Carretera Ruta Militar #103, San Miguel. Tel. 2669-2525

**FAJA Y ASBESTO PARA REALIZAR DIFERENTES TRABAJOS NECESARIOS EN EL HOSPITAL.**

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	70154	FAJA	\$ 8.75	\$ 8.75
4	C/U	70207	ASBESTO GRAFITADO	\$ 3.75	\$ 15.00

**TOTAL US: \$ 23.75**

**(TOTAL EN LETRAS) VEINTITRES 75/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<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> *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.   
**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.**