

## **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  
**EL SALVADOR**  
 SALVAMOS PARA CRECE

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 14 de Diciembre de 2016 ✓ **No de Orden:** 636 ✓  
**Solicitante:** Tesorería ✓ **Solicitud No:** 10/2016 ✓  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** CALTEC, S.A. DE C.V. ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** CALLE EL PROGRESO N° 3134, COLONIA AVILA, SAN SALVADOR TEL: 2298-9058 FAX: 2298-9162

COMPRA DE CINTA PARA MAQUINA PROTECTORA DE CHEQUES ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	80200620	CINTA PROTECTORA DE CHEQUE, CINTA P/ PROTECTORA PAYMASTER 8500/9000	\$ 50.00	\$ 50.00

**TOTAL US:** \$ 50.00

**(TOTAL EN LETRAS)** CINCUENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA ✓

<p align="center">OBSERVACION</p> <p>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.-</p>	<p align="center"><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedas, 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.</p>	<p>C.C.          *ALMACÉN          *UFI          *UACI          *PRESUPUESTO          *SOLICITANTE          *ADM. DE OC.</p>
--	---	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** 8 días ✓ **FORMA DE PAGO:** Contado ✓

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



**Administrador de la Orden:** Licda. Maira Elisa Privado Lazo ✓  
 Tesorera Institucional  
 PBX: 2665-6100 EXT: 1180

**Elaboró:**  
 Genara Magdalena Berrios de Merino

89