

## **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)**

MINISTERIO DE SALUD  
**EL SALVADOR**  
 ENAMORADOS PARA CRECER

100117

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 21 DE DICIEMBRE DE 2016

**No de Orden:** 652/2016

**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

**Solicitud No:** 267/2016

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**REFRIGERACION ROHER (ELVIS ROHER FUENTES)**

**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

**Clasificación:** PEQUEÑA EMPRESA

**Dirección:** 2ª. AVENIDA SUR Y 7ª. CALLE ORIENTE #202, SAN MIGUEL. TEL: 2660-2282.

**KILO GAS PARA REPARACION DE FUGA DE AGUA POTABLE FRENTE A ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y CONSULTA EXTERNA; CUARTO FRIO DE ALMACEN IM.**

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	7020701A	KILO GAS R22	\$ 22.00	\$ 22.00

**TOTAL US:** \$ 22.00

**(TOTAL EN LETRAS) VEINTIDOS 00/100 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> *ALMACÉN *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. *[Signature]*  
**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.**

*[Handwritten mark]*