

## **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)**

110117

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 09 DE ENERO DE 2017 ✓

**No de Orden:** 05/2017 ✓

**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓

**Solicitud No:** 015/2016 ✓

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante

LILIANA YAMILETH ALVARENGA RODRIGUEZ / SERVIOMED ✓

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

**Clasificación:** MICRO EMPRESA

**Dirección:** Col. Cucumacayan final calle Gerardo Barrios, pasaje "A" casa No 121, San Salvador. Tel. 2221-7286

Complemento de Solicitud de Compra 015/2016 de Insumos Médicos. ✓

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
4	50	C/U	10200020	ROLLO DE PAPEL PARA MONITOREO FETAL DE 110MM X 18M. COD: UPP-110HG, MARCA: SONY. ORIGEN: JAPON.	\$ 17.50	\$ 875.00

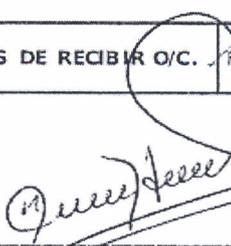
**TOTAL US:** \$ 875.00 ✓

(TOTAL EN LETRAS) OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO 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.	CC. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR O/C. **FORMA DE PAGO:** CREDITO 60 DIAS ✓

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



**Administrador de la Orden:**  
**Licdo. Luis Alfredo Avalos Cerna** ✓  
 PBX: 2665-6100 EXT:1173

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

07