

## **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**  
 UNAMONOS PARA CRECER

020217

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 20 DE ENERO DE 2017 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 3 Av. Norte, entre 10a y 12a Cadel Poniente #602-B, San Miguel. Tel. 2643-0102

**No de Orden:** 038/2017 ✓  
**Solicitud No:** 026/2017 ✓  
**NIT Y/O NRC :** [REDACTED]

COMPRA DE BALEROS PARA VENTILADOR DE CONDENSADORA AIRE DE DIVISION ADMINISTRATIVA. ✓

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	C/U	70150547	BALERO 2ZR	\$ 6.71	\$ 13.42

**TOTAL US:** \$ 13.42

**(TOTAL EN LETRAS) TRECE 42/100 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.	C.C. *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.   
**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.**

02