

## **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)**

EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 17 DE FEBRERO DE 2017  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO.  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**Clasificación:** GRAN EMPRESA  
**Correo:** mc.camosa@gmail.com  
**Dirección:** 4ª avenida Sur #603, Barrio El Calvario, San Miguel. Tel. 2661-7439 / 2661-1347.

**No de Orden:** 096/2017  
**Solicitud No:** 052/2017  
**NIT:** [REDACTED]

**COMPRA DE CAPACITOR 45 MF Y 50MF PARA CUARTOS FRIOS DE ALIMENTACION Y DIETAS**

CANT	UM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	C/U	70120224	CAPACITOR 45 MF	\$ 4.00	\$ 8.00
1	C/U	70120211	CAPACITOR 50 MF	\$ 4.00	\$ 4.00

**TOTAL US:** \$ 12.00

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

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC</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.-	TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para trámite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, ocho 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.	

**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**  
**Jefe Interino de Conser. y Mtto.**  
**PBX: 2665-6100 EXT:1131**

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