

## **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  
 UNÁMONOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 24 DE MARZO DE 2017 ✓  
**Solicitante:** Sub Dirección ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 11 a. Avenida Norte, No. 308, Ba. San Felipe, San Miguel. Tel. 2684-4905  
**Correo:** escuelaideidiomas@negociosdeoriente.com

**No de Orden:** 150/2017 ✓  
**Solicitud No:** 001/2017 ✓  
**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

**Nombre de la empresa suministrante:** NEGOCIOS DE ORIENTE, S.A. DE C.V. ✓

COMPRA DE CARTUCHO PARA EL CONSUMO DEL ÁREA DE SUB DIRECCIÓN ✓

CANT	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	C/U	80203555	Cartucho para Impresor Láser Multinacional TONER RICOH MP 401	\$ 67.00	\$ 134.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 134.00 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** CIENTO TREINTA Y CUATRO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

<input type="checkbox"/> <b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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, 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.	*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 ✓

E.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:** Dr. Armando Vasquez Cruz ✓  
 Jefe de Sub Dirección  
 PBX: 2665-6100 EXT:1190

**Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino ✓

d/s