

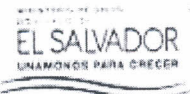
## **VERSIÓN PÚBLICA**

**“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)**



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

**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 04 DE ABRIL DE 2017 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 49 Av. Sur y 24 Calle Pte No 2614, Col. San Mateo, San Salvador. Tel. 2250-6500  
**Correo:** riverasv@hotmail.com

**No de Orden:** 171/2017 ✓  
**Solicitud No:** 002/2017 ✓  
**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

COMPRA DE ARTICULOS PARA SERVIR ALIMENTOS A LOS PACIENTES ENCAMADOS Y PARA SUPLIR OTRAS NECESIDADES PARA 10 MESES. ✓

R	CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
5	25	C/U	80902200	CHISPERO PARA ENCENDER FUEGO.	\$ 2.67	\$ 66.75

**TOTAL US:** \$ 66.75

(TOTAL EN LETRAS) SESENTA Y SEIS 75/100 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, 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.	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	15 DÍAS HÁBILES ✓	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 60 DÍAS. ✓

  
  
 E. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Licda. Ana Virginia Medina ✓  
 Jefe Departamento de Alimentación y Dietas.  
 PBX: 2565-8100 EXT:1161

Elaboró: María Julia Ramírez Ramos

Fecha distribución:

06 ABR 2017