

## **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 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 08 de Noviembre de 2017. No de Orden: 537/2017  
 Solicitante: Consulta Externa Especializada Solicitud No: 009/2017  
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: Printer de El Salvador, S.A. de C.V. NIT: [REDACTED]  
 Clasificación: Mediana Empresa NRC: [REDACTED]  
 Dirección: Calle El Mirador no. 4838 entre 93 y 95 Av. Norte, Col. Escalón, S.S. Tel: 2505-9800  
 Correo Electrónico: [achacon@grupoprinter.com](mailto:achacon@grupoprinter.com)

Compra de Kit para Equipos de impresión.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	04	C/U	S/C	Rodillo de Carga	\$ 182.3025	\$ 729.21
2	01	C/U	S/C	Unidad de Fusión	\$ 168.44	\$ 168.44
<b>TOTAL US:</b>						\$ 897.65
<b>(TOTAL EN LETRAS) OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE 65/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA</b>						
<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 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.				C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>		<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>				
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>		Inmediata ✓		<b>FORMA DE PAGO:</b> Contado ✓		
				  <b>Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b>		
<b>Administrador de la Orden:</b> Dr. Rigoberto Machuca Girón ✓ Jefe de Consulta Externa Especializada PBX: 2665-6100 EXT: 1187				<b>Elaboró:</b> Genara Magdalena Berrios de Merino  <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> 15 NOV. 2017		

8