

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, 17 de Noviembre de 2017 // No de Orden: 547/2017 //
Solicitante: Departamento de Alimentación y Dietas // Solicitud No: 10/2017 //
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: Wilma Dinora Rubio Galeas de Herrera // NIT: [REDACTED] //
Clasificación: Mediana Empresa // NRC: [REDACTED] //
Dirección: 5° Av. Norte # 102 San Miguel, El Salvador. Tel: 2645-6800 //
Correo Electrónico: rodinaimacen@gmail.com

Compra de platos reusables para el Departamento de Alimentación y Dietas //

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	500	C/U	80901220	PLATO PLANO BEIGE 4510B	\$ 1.0000	\$ 500.00

ANULADO

[Handwritten signature]
14-12-17

(TOTAL EN LETRAS) **Quinientos 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América //**

[OBSERVACION]
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.-

INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:
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: **Inmediato //** FORMA DE PAGO: **Contado //**

E. *[Handwritten signature]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: **Licda. Ana Virginia Medina de la O //**
Jefe de Alimentación y Dietas
PBX: 2665-6100 Ext.1161

Elaboró: **Genara Magdalena Berríos de Merino**

FECHA DE DISTRIBUCIÓN:

[Handwritten mark]