

## **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  
**EL SALVADOR**  
 BIENES PARA CRECER

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:** 548/2017 //

**Solicitante:** Departamento de Alimentación y Dietas // **Solicitud No:** 14/2017 //

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **TROPIGAS DE EL SALVADOR, S.A.** // **NIT :** [REDACTED]

**Clasificación:** Gran Empresa // **NRC:** [REDACTED]

**Dirección:** Boulevard del Ejercito Nacional Km 4.5, Entrada Col. Montecarlo contiguo a Plaza Mundo, Soyapango, San Salvador. Tel. 2656-5939.

Compra de Gas propano, para utilizarse en la preparación de Alimentos para pacientes en el Área de Alimentación y Dietas. //

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	400	C/U	70305949	GAS PROPANO, GALÓN	\$ 2.63	\$ 1,052.00 //

**TOTAL US:** \$ 1,052.00 //

**(TOTAL EN LETRAS)** Mil Cincuenta y Dos 00/100 Dólares de Los Estados Unidos de América //

<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, 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.
	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

**FECHA DE ENTREGA:** Inmediata // **FORMA DE PAGO:** Crédito 30 días //

E. **Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cahales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

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

**Elaboró:** Genara Magdalena Berríos de Merino  
**Fecha de Distribución:** 22 NOV. 2017

*de P*