

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, 28 de Noviembre de 2017 **No de Orden:** 556/2017
Solicitante: Tesorería **Solicitud No:** 04/2017
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: IMPRESOS DOBLE "G", S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]
Clasificación: Pequeña Empresa **NRC:** [REDACTED]
Dirección: 18 Calle Pte. Pje Monserrat. Barrio Santa Anita, San Salvador. Tel: 2221-6639/2281-5409.
Correo Electrónico: impresosdobleg@yahoo.es

Elaboración de Comprobantes de retención para efectuar retención del 1% del IVA de los diferentes Proveedores que presentan facturas mayores o iguales a \$113.00 Dolares.

R	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	75	C/U	80503912	Elaboración de Block de Comprobantes de Retención Fiscal, Tamaño media carta, cuadruplicados, enumerados, impresos tinta de buena calidad, papel químico de buena calidad	\$4.00	\$300.00

TOTAL US: \$ 300.00

(TOTAL EN LETRAS) Trescientos 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 Queda, 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: 15 días hábiles / **FORMA DE PAGO:** Contado

E.
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Licda. Maira Elisa Privado Lazo / **Tesorerera Hospital.** PBX: 2665-6100 Ext.1180
Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino
Fecha de Distribución: 05 DIC. 2017

00000061 & 2