

## **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 II CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 09 de Enero de 2018 **No de Orden:** 07/2018  
**Solicitante:** Transporte **Solicitud No:** 02/2018  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** ROCELI CONSULTORES, S.A. DE C.V. **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Mediana Empresa **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** C. de Oro Km, 23 ½ Urb. Prados de Venecia No. 1. Soyapango, San Salvador.

**Correo Electrónico:** PBX: 2233-6800 FAX:2233-6822.

*Compra de combustible para la ambulancia, Marca: FORD Placa: N-11347, para ser trasladada de San Salvador a San Miguel.*

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	13	C/U	S/C	Galones, Combustible Diesel Premium. Autoservicio, Placa: N11-347	\$ 2.94	\$ 38.22
<b>TOTAL US</b>						\$ 38.22

**(TOTAL EN LETRAS)** Treinta y Ocho 22/100 Dolares 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, 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.
---	---	--

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

**FECHA DE ENTREGA:** Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado

F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECCION DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:** Sr. José Dore Reyes Membreño / Jefe de Transporte PBX:2665-6100 Ext. 1128  
**Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 09 ENE. 2018

*dad*