

## **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”**



Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 12 de Junio de 2019 ✓  
**Solicitante:** Recursos Humanos ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante  
**Clasificación:** Mediana Empresa  
**Dirección:** Avenida Roosevelt Sur No.102, San Miguel. Tel: 2661-1643  
**Correo:** sanmiguel@copidesa.com.sv

**No de Orden:** 261/2019 ✓  
**Solicitud No:** 003/2019 ✓  
**NIT:** ██████████  
**NRC:** ██████████

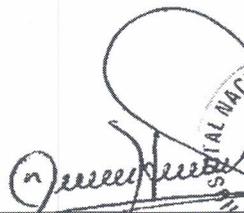
Mantenimiento Preventivo de fotocopiadora, Marca: Kyocera de Recursos Humanos. ✓

R	CANT	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	3	C/U	S/C	Mantenimiento preventivo de fotocopiadora, Marca: Kyocera KM-1815 LA (Mantenimiento Trimestral para los meses Junio, Septiembre y Diciembre 2019) ✓	\$ 25.00	\$ 75.00 ✓

**TOTAL US:** \$ 75.00 ✓  
**(TOTAL EN LETRAS)** SETENTA Y CINCO 00/100 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 SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** INMEDIATO ✓ **FORMA DE PAGO:** CONTADO ✓

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

**Administrador de la Orden:** Licda. Jessica Eileen Valle de Ventura ✓  
 Recursos Humanos  
 PBX: 2665-6100 Ext.1184

**Elaboró:** Genara Magdalena Berrios de Merino  
 24 JUN 2019