

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”



Arquivo

MINISTERIO DE SALUD
EL SALVADOR
UNÁNIMOS PARA CRECER

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 23 AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

Lugar y Fecha: 08 DE JULIO DE 2016
Solicitante: SECCION TRANSPORTE

No de Orden: 374
Solicitud No: 024/2016

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

TALLER DIDEA, S.A. DE C.V.

NIT Y/O NRC :

Clasificación: GRAN EMPRESA

Dirección: CARRETERA PANAMERICANA KM 136 1/2 FRENTE A ZONA MILITAR, SAN MIGUEL.

REPARACION DE AMBULANCIA MARCA: TOYOTA HIACE, PLACA: N-2367

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
<u>MANO DE OBRA:</u>					
1	CU	S/C	CAMBIAR EXTREMOS DE CREMALLERA (DOS LADOS)	\$ 73.30	
1	CU	S/C	ALINEAR RUEDAS DELANTERAS	\$ 16.92	
1	CU	S/C	PRUEBA EN CARRETERA	\$ 0.00	\$80.22
<u>DETALLES DE REPUESTOS:</u>					
2	CU	S/C	TERMINAL DE CREMALLERA	\$ 174.47	\$348.94

TOTAL US: \$ 439.16

(TOTAL EN LETRAS) CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE 16/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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: INMEDIATA / FORMA DE PAGO: CONTADO

E. *[Signature]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Candeles
DIRECTORA HOSPITAL
Evelin Marisol Quintanilla Castro.

Administrador de la Orden:
Sr. José Dore Reyes Membreño
PBX: 2665-6100 EXT:1133