

## **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)**

MINISTERIO DE SALUD  
**EL SALVADOR**  
 UNÁMONOS PARA CRECER

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

**Lugar y Fecha:**  
**Solicitante:**

24 DE AGOSTO DE 2016  
 DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

**No de Orden:**  
**Solicitud No:**  
**NIT Y/O NRC :**

476  
 194/2016

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**CAMOSA, S.A. DE C.V.**

**Clasificación:**

GRAN EMPRESA

**Dirección:**

4ª avenida Sur #603, Barrio El Calvario, San Miguel. Tel. 2661-7439 / 2661-1347.

**PARA REUBICACION DE AIRES ACONDICIONADOS EN CICLO CLINICO.**

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
5	C/U	70207070	CODO COBRE 3/4.	\$ 0.85	\$ 4.25

**TOTAL US:** \$ 4.25

**(TOTAL EN LETRAS) CUATRO 25/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<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 trámite 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.	<b>C.C.</b> *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.   
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL

**Administrador de la Orden:**  
 Ing. José Roberto Cevillas Canales  
 PBX: 2665-6100 EXT:1131

**Elaboró:**  
 María Julia Ramírez Ramos.

82