

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 DEL INTERIOR
EL SALVADOR
 UNIÓN PARA CRECER

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

Lugar y Fecha: San Miguel, 04 de Octubre de 2017 ✓
Solicitante: Departamento de Conservación y Mantenimiento ✓
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **FREUND, S.A. DE C.V.** ✓
Clasificación: Gran Empresa
Dirección: 2ª Calle Oriente y 4ª Av. Norte, San Miguel. Tel: 2661-1100
Correo Electrónico: smcentro@freunsa.com

No de Orden: 459/2017 ✓
Solicitud No: 210/2017 ✓
NIT: [REDACTED]

Material para retocar logos de punto de encuentro del Hospital. ✓

R	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	70213	ESMALTE POLIURETANO VDE SEG C/CAT BT KEM, KIT	\$ 87.90	\$87.90 ✓
2	1	C/U	70213	ESMALTE POLIURETANO BLANCO C/CAT BTE KEM, KIT	\$ 87.90	\$87.90 ✓

TOTAL US: \$ 175.80 ✓

(TOTAL EN LETRAS) CIENTO SETENTA Y CINCO 80 /100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

OBSERVACIÓN 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, 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: Inmediata ✓ **FORMA DE PAGO:** Contado ✓

E.
 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
 Ing. Marvin Josue Jovel Osorio ✓
 Jefe de Departamento de Mantenimiento
 PBX: 2665-6100 EXT: 1165

Elaboró: Genara Magdalena Berríos de Merino

Fecha de Distribución: 14 DIC. 2017

Handwritten mark