



**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:** San Miguel, 13 de Enero de 2015 ✓

**No de Orden:** 007 ✓

**Solicitante:** Sección Transporte ✓

**Solicitud No:** 002/2015 ✓

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante

**SERTRACEN EL SALVADOR** ✓

**NIT Y / O NRC:** 0614-280142-002-7

**Clasificación:** Gran Empresa

**Dirección:** Blvd. Tutunichapa, Av. Legazpi, Urb. Siglo XXI. San Salvador Tel.: 2260-9744.

TRAMITE DE PLACAS Y REFRENDA DE TARJETA DE CIRCULACION AMBULANCIA NISSAN DONADA POR JAPON. ✓

YCANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
1	C/U	S/C	DERECHO ADMINISTRACION/ ENTREGA DE PLACAS.	\$ 7.75
1	C/U	S/C	DERECHO ANUAL DE MATRÍCULA	\$ 11.43
1	C/U	S/C	DERECHOS POR PLACAS	\$ 34.28
1	C/U	S/C	SERVICIOS REGISTRALES	\$ 11.45
1	C/U	S/C	SERVICIO DE TARJETA X TRAMITE	\$ 17.43
1	C/U	S/C	DERECHO DE CIRCULACION	\$ 11.43
ELABORAR CHEQUE CERTIFICADO A NOMBRE DIRECCION GENERAL DE TESORERIA				

**TOTAL EN LETRAS) Noventa y tres 77/100 Dólares de Los Estados Unidos de América** **TOTAL US: \$ 93.77**

**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
- \*PRESUP.
- \*SOLICITANTE
- \*ADM. DE OC.

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

**FECHA DE ENTREGA:** INMEDIATA **FORMA DE PAGO:** CONTADO

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

**Administrador de la Orden:**  
 Sr. Jose Dore Reyes  
 Jefe Sección Transporte  
 PBX: 2665-6100

**Elaboro:** Sandra Yaneth Robles