

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)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 30 de Mayo de 2019

No de Orden: 240/2019

Solicitante:

Solicitud No:

Nombre de la
 persona natural o
 Jurídica
 suministrante

NIT:

Clasificación:

NRC:

Dirección:

Correo Electrónico:

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
				<u>ANULADA.</u> Esta orden fue tomada pero no fue utilizada.	\$	\$ 0.00
TOTAL US:						\$ 0.00
(TOTAL EN LETRAS)				00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA		
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, 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 *PREOSUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
LUGAR DE ENTREGA:		HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL				
FECHA DE ENTREGA:		FORMA DE PAGO:				
<p>_____ Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales. DIRECTORA HOSPITAL</p>						
Administrador de la Orden:				Elaboró: Evelin Marisol Quintanilla		
				FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____		