

## **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 3 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”**



MINISTERIO  
DE SALUD

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS  
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)



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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 31 de Octubre de 2019 ✓  
**Solicitante:** DIRECCIÓN ✓  
 Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: **PROCESADORA Y DISTRIBUIDORA NACIONAL, S.A. DE C.V.**  
**Clasificación:** Mediana Empresa  
**Dirección:** Calle Los Almendros y Avenida Roosevelt Sur; Centro Comercial Galerías Jardín, 2do Nivel, Local No. 10. San Miguel. Tel: 2660-7305.  
**Correo Electrónico:** trodat.sanmiguel@prodfina.com.sv

**No de Orden:** 597/2019 ✓  
**Solicitud No:** 02/2019

**NIT:**

**NRC:**

Compra de Sellos para DIRECCIÓN ✓

| R | CANTIDAD | U/M | CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN                                                  | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|----------|-----|----------|--------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| 1 | 1        | C/U | 80103580 | SELLO BASE MADERA RECTANGULAR 13-MEDIDAS 5.0*1.5CM (URGENTE) | \$ 5.37         | \$ 5.37 ✓   |
| 2 | 1        | C/U | 80103580 | SELLO BASE MADERA RECTANGULAR 29- 5*3CM (ENTERADA)           | \$ 6.50         | \$ 6.50 ✓   |

Cincuenta y Seis **\$ 11.87**

**(TOTAL EN LETRAS) Once 87/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓**

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>○ OBSERVACION ○</b><br>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><br>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.<br>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación. | <b>C.C.</b><br>*ALMACÉN<br>*UFI<br>*UACI<br>*PRESUPUESTO<br>*SOLICITANTE<br>*ADM. DE OC. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

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

**FECHA DE ENTREGA:** 01 días hábil **FORMA DE PAGO:** Contado ✓

  
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL ✓

**Administrador de la Orden:**  
Sra. Karla Patricia Perdomo  
Secretaria de Dirección  
Tel: 2792-3012

**Elaboro:** Genara Magdalena Berrios de Merino

**Fecha de Distribución:** 01 NOV 2019