

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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 11 de Noviembre de 2019 ✓  
**Solicitante:** Unidad de Auditoría Interna ✓  
 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@prodina.com.sv](mailto:trodat.sanmiguel@prodina.com.sv)

**No de Orden:** 609/2019 ✓  
**Solicitud No:** 01/2019  
**NIT:** [REDACTED]  
**NRC:** [REDACTED]

Compra de Sello para Auxiliar de Auditoría Interna ✓

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	80103585	SELLO BASE MADERA CIRCULAR 0(03MM)- AUXILIAR DE AUDITORÍA	\$ 4.80	\$ 4.80

Cincuenta y Seis \$ 4.80

**(TOTAL EN LETRAS)** Cuatro 80/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓

<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 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.	<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:** 3 días hábiles **FORMA DE PAGO:** CONTADO /

E.    
**Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:** Licda. Karla Marcela Portillo Hernández  
 Auxiliar de Auditoría Interna  
 Tel: 2665-6100 Ext.1609  
**Elaboro:** Genara Magdalena Berrios de Merino  
**Fecha de Distribución:**