

## **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



**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, 17 de Noviembre de 2020

**No de Orden:** 477/2020

**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
				<b><u>ANULADA.</u></b>  Esta orden fue tomada pero no fue utilizada.	\$	\$ 0.00
<b>TOTAL US:</b>						\$ 0.00
<b>(TOTAL EN LETRAS)</b>						00/100 DOLARES 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.				C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRE0SUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>		<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>				
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>		<b>FORMA DE PAGO:</b>				
<p>_____</p> <p><b>Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b></p>						
<b>Administrador de la Orden:</b>				<b>Elaboró:</b>		
				<b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> _____		