

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”

HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

Lugar y Fecha: San Miguel, 22 de Octubre de 2021. No. de Orden: 582/2021
 Solicitante: DIVISION MEDICO - QUIRURGICA Solicitud No: 09/2021
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: RESONANCIA MEDICA, S.A. DE C.V. (RESOMED) NITY / O NRC: XXXXXXXXXX
 Clasificación: Mediana Empresa Correo electrónico: gimsa07@hotmail.com
 Dirección: Final 9ª Avenida Sur, Local PB-4, Edificio Médico La Paz, San Miguel. Tel. 2661 - 3418.

SERVICIO DE TOMA Y LECTURA DE ANGIORESONANCIA CEREBRAL MAS CONTRASTE PACIENTE CINDY ELIZABETH ALVAREZ.

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	1	C/U	S/C	S/C	SERVICIO DE ANGIORESONANCIA CEREBRAL MAS CONTRASTE.	\$ 250.00	\$ 250.00

TOTAL US: \$ 250.00

(TOTAL EN LETRAS): Doscientos cincuenta 00/100 dólares 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:	
	TRÁMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Colocar en la Factura No. de Orden de Compra y código del producto, presentar OCHO (8) copias de las facturas y Sello de la empresa al Almacén para la entrega de los productos. Presentar en la Unidad Financiera URI, para trámite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, 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 *PRESUPUE STO *SOLICITAN TE *ADM. DE OC.
LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL	
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDOS PROPIOS	
FECHA DE ENTREGA:	INMEDIATA	FORMA DE PAGO: CONTADO



[Firma]
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
 Dra. Sarina Zuhair Portillo de Hernández,
 Jefe División Médico - Quirúrgica.
 PBX: 2665-6100.

Elaboró:
 Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____