

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)

HOSPITAL NACIONAL
SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 11 de Noviembre de 2021
Solicitante: SECCIÓN TRANSPORTE
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: GENERAL DE VEHICULOS, S. A. DE C. V.
Clasificación: Gran Empresa
Dirección: Carretera Panamericana KM 136, San Miguel. Tel: 2660-8550.

No de Orden: 654/2021
Solicitud No: 4672021
NIT: [REDACTED]
NRC: [REDACTED]
Correo electrónico: eofuentes@grupog.com

MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA AMBULANCIA MARCA FORD TRANSIT PLACA N6.11347, PROPIEDAD DE ESTE HOSPITAL.

R.	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	81201015		OPERACIONES: CAMBIAR PASTILLAS/TACOS DEL (AL) RECTIFICAR DISCO DE FRENO DEL (AL)	\$ 44.75 \$ 67.12	\$ 111.87
					REPUESTOS/MATERIALES 1. PASTILLAS DELANTERAS 1. CAMBIADOR DE FRENOS 450ML	\$ 339.41 \$ 6.60	\$ 346.01
TOTAL US:							\$ 457.88

(TOTAL EN LETRAS): CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 88/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Observación Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura 1% de Retención.	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRÁMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para trámite de: Queda, 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 *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	--	---

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO PROPIOS		
FECHA DE ENTREGA:	INMEDIATA	FORMA DE PAGO:	CONTADO

R.
Dra. Jency Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Sr. José Darío Reyes Membreno JEFE SECCIÓN TRANSPORTE PBX: 2792-3076	Elaboró: Licda. Evelyn Marisol Quintanilla Castro FECHA DE DISTRIBUCIÓN:
--	--

0000001