

## **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”**

Lugar y Fecha: San Miguel, 15 de Noviembre de 2021. No de Orden: 663/2021

Solicitante: SEGUNDA MEDICINA HOMBRES. Solicitud No: 05/2021

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: CENTRO MEDICO DE ORIENTE, S.A DE C.V. NITY / O NRC: [REDACTED]

Clasificación: Mediana Empresa. Correo electrónico: centromedico\_05012@navegante.com.sv

Dirección: Av. Roosevelt Sur 204, San Miguel. Tel. 2260-1200.


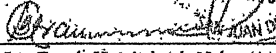
SERVICIO DE TOMA DE ANTIGENO DE LEPTOSPIROSIS, PTE: NELSON ANTONIO MARTINEZ MUNGUA.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	1	C/U	S/C	S/C	LLAC. LEPTOSPIRA	\$ 65.00	\$ 65.00

TOTAL US: \$ 65.00

(TOTAL EN LETRAS): Sesenta y cinco 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<p><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p><b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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.</p> <p>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, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C. *ALMACÉN *URI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</p>
	<p><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p><b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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.</p>
<p><b>OBSERVACION</b></p> <p>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.</p>	
<p>LUGAR DE ENTREGA:</p>	<p>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</p>
<p>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</p>	<p>FONDOS PROPIOS</p>
<p>FECHA DE ENTREGA:</p>	<p>INMEDIATA</p>
<p>FORMA DE PAGO:</p>	<p>CONTADO</p>

  
 E.   
 Dra. Jany Brenda Hernández de Nolasco  
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:  
Licda. Ana Milagro Larios de Murillo.  
Jefe SEGUNDA MEDICINA HOMBRES.  
2792-3355.

Elaboró:  
Licda. Sofia Carolina Mendoza M.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: