



MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL  
NACIONAL  
SAN MIGUEL



## 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 30 de la LAIP y artículo 6 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”**



**Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
**Director Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel**



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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 9 de marzo de 2023. / **No de Orden:** 130/2023 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS / **Solicitud No:** 06/2023  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** SUPLIMED, S. A. DE C. V. / **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeña Empresa **Correo electrónico:** [suplimed11@gmail.com](mailto:suplimed11@gmail.com)  
**Dirección:** CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

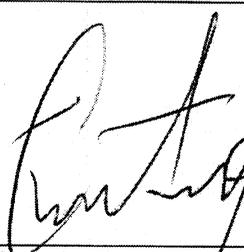
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	25	C/U	10200020	42181718	PAPEL PARA MONITOREO FETAL SEGUN MARCA Y MODELO. ROLLO. A LA EMPRESA QUE SE LE ADJUDIQUE EL RENGLÓN #1, DEBERÁ ENTREGAR PAPEL COMPACTIBLE CON IMPRESOR MARCA: SONY, MODELO: S-N159785).	PAPEL PARA MONITOREO FETAL SEGUN MARCA Y MODELO. ROLLO. A LA EMPRESA QUE SE LE ADJUDIQUE EL RENGLÓN #1, DEBERÁ ENTREGAR PAPEL COMPATIBLE CON IMPRESOR MARCA: SONY, MODELO: S-N159785. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: NISSHA/VERMED. ORIGEN: USA/OTROS. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 9.00	\$ 225.00
4	100	C/U	10500010	42271507	ESPACIADOR DE VOLUMEN, PLASTICO Y ATOXICO, CON BOQUILLA Y ADAPTADOR UNIVERSAL. USO ADULTO.	ESPACIADOR DE VOLUMEN PLASTICO Y ATOXICO, CON BOQUILLA Y ADAPTADOR UNIVERSAL, USO ADULTO. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: NISSHA/VERMED. ORIGEN: USA/OTROS. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 1.95	\$ 195.00
							PASA...	\$ 420.00

TOTAL US:

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

<b>* OBSERVACIÓN *</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	<p><b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b></p> <p>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, 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.</p> <p>En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>*ALMACÉN</p> <p>*UFI</p> <p>*UACI</p> <p>*PRESUPUESTO</p> <p>*SOLICITANTE</p> <p>*ADM. DE OC.</p>

LUGAR DE ENTREGA:	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:	FONDO GENERAL		
FECHA DE ENTREGA:	1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.	FORMA DE PAGO:	CRÉDITO 30 DÍAS

  
  
**Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
**DIRECTOR HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:**  
Licda. Laura María García Lovos  
JEFE DEPTO. SUMINISTRO  
Teléfono: 2792-3194

**Elaboró:** Licda. Sofia Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 77 MAR 2023



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, 9 de marzo de 2023.
Solicitante: DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: SUPLIMED, S. A. DE C. V.
Clasificación: Pequeña Empresa
Dirección: CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795

No de Orden: 130/2023
Solicitud No: 06/2023
NIT: [Redacted]
NRC: [Redacted]
Correo electrónico: suplimed11@gmail.com

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Table with 9 columns: R, CANTIDAD, U/M, CÓDIGO MINSAL, CÓDIGO ONU, DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL, DESCRIPCIÓN COMERCIAL, PRECIO UNITARIO, VALOR TOTAL. Contains items 31 and 37.

TOTAL US: \$ 763.50

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

Table with 3 columns: \* OBSERVACIÓN \*, INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: (including TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES), C.C. (including \*ALMACÉN, \*UFI, \*UACI, \*PRESUPUESTO, \*SOLICITANTE, \*ADM. DE OC).

Table with 4 columns: LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL; FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL; FECHA DE ENTREGA: 1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.; FORMA DE PAGO: CRÉDITO 30 DÍAS

Signature of Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera, Director Hospital, with official seal of Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel.

Table with 2 columns: Administrador de la Orden: Licda. Laura María García Lovos, JEFE DEPTO. SUMINISTRO, Teléfono: 2792-3194; Elaboró: Licda. Sofía Carolina Mendoza M.; FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 17 MAR 2023



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, 9 de marzo de 2023. ✓ **No de Orden:** 130/2023 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓ **Solicitud No:** 06/2023  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** SUPLIMED, S. A. DE C. V. ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeña Empresa **Correo electrónico:** suplimed11@gmail.com  
**Dirección:** CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	
39	5	C/U	11002020	42272301	RESUCITADOR MANUAL CON MASCARILLA, CON VALVULA DE SEGURIDAD Y RESERVORIO, TAMAÑO PEDIATRICO, CAPACIDAD 500-750ML, EMPAQUE INDIVIDUAL, REUSABLE.	...VIENE RESUCITADOR MANUAL CON MASCARILLA, CON VALVULA DE SEGURIDAD Y RESERVORIO, TAMAÑO PEDIATRICO, CAPACIDAD 500-750ML, EMPAQUE INDIVIDUAL, REUSABLE. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: FLEXICARE ORIGEN: REINO UNIDO. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 65.00	\$ 325.00	
40	15	C/U	11002032	42272301	RESUCITADOR MANUAL CON MASCARILLA, CON VALVULA DE SEGURIDAD Y RESERVORIO, TAMAÑO ADULTO, CAPACIDAD 1000-1500ML, EMPAQUE INDIVIDUAL, REUSABLE.	RESUCITADOR MANUAL CON MASCARILLA, CON VALVULA DE SEGURIDAD Y RESERVORIO, TAMAÑO ADULTO, CAPACIDAD 1000-1500ML, EMPAQUE INDIVIDUAL, REUSABLE. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: FLEXICARE ORIGEN: REINO UNIDO. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 65.00	\$ 975.00	
								PASA...	\$ 2,063.50
<b>TOTAL US:</b>									\$

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

<b>* OBSERVACIÓN *</b> Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el % de Retención.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> <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. 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.
--	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	<b>FONDO GENERAL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 30 DÍAS

E.   
**Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
**DIRECTOR HOSPITAL**



<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Laura María García Lovos JEFE DEPTO. SUMINISTRO Teléfono: 2792-3194	<b>Elaboró:</b> Licda. Sofia Carolina Mendoza M. <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> 17 MAR 2023
---	---



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, 9 de marzo de 2023. ✓ **No de Orden:** 130/2023 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓ **Solicitud No:** 06/2023  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** SUPLIMED, S. A. DE C. V. ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeña Empresa **Correo electrónico:** [suplimed11@gmail.com](mailto:suplimed11@gmail.com)  
**Dirección:** CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795

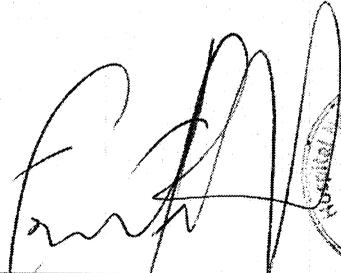
INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
45	24	C/U	11305060	42290000	BISTURI DE 2.3MM PARA CATARATAS, DESCARTABLE.	...VIENE BISTURI DE 2.3MM PARA CATARATAS, DESCARTABLE. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: ACTION MEDICAL. ORIGEN: CHINA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 13.00	\$ 312.00
46	115	C/U	11700030	42201708	GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, FRASCO DE 8 ONZAS.	GEL HIDROSOLUBLE PARA ULTRASONOGRAFIA, FRASCO DE 8 ONZAS. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: NISSHA/VERMED/OTROS. ORIGEN: USA/OTROS. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 3.75	\$ 431.25
							PASA...	\$ 2,806.75
<b>TOTAL US:</b>								\$

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

<b>* OBSERVACIÓN *</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> <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. 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.
---	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	<b>FONDO GENERAL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 30 DÍAS

  
  
**Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
**DIRECTOR HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:**  
Licda. Laura María García Lovos  
JEFE DEPTO. SUMINISTRO  
Teléfono: 2792-3194

**Elaboró:** Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 17 MAR 2023



**Lugar y Fecha:** San Miguel, 9 de marzo de 2023. **No de Orden:** 130/2023 ✓

**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓ **Solicitud No:** 06/2023

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: SUPLIMED, S. A. DE C. V. ✓ **NIT** [REDACTED]

**Clasificación:** Pequeña Empresa **NRC:** [REDACTED]

**Dirección:** CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795 **Correo electrónico:** [suplimed11@gmail.com](mailto:suplimed11@gmail.com)

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
48	15	C/U	19831100	42241803	CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA L.	...VIENE CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA L. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: CHANNELMED. ORIGEN: CHINA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 9.00	\$ 135.00
49	15	C/U	19831110	42241803	CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA M.	CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA M. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: CHANNELMED. ORIGEN: CHINA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 9.00	\$ 135.00
							PASA...	\$ 3,076.75

TOTAL US:

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

<b>* OBSERVACIÓN *</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> <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. 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.
---	--	--

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	FONDO GENERAL		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 30 DÍAS

  
  
 E. **Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
**DIRECTOR HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:**  
Licda. Laura María García Lovos  
JEFE DEPTO. SUMINISTRO  
Teléfono: 2792-3194

**Elaboró:** Licda. Sofía Carolina Mendoza M.  
**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** 17 MAR 2023



**Lugar y Fecha:** San Miguel, 9 de marzo de 2023. ✓ **No de Orden:** 130/2023 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS ✓ **Solicitud No:** 06/2023  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** SUPLIMED, S. A. DE C. V. ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeña Empresa **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** CALLE LOS EUCALIPTOS, COL. LAS MERCEDES #713, SAN SALVADOR. TELÉFONO: 2223-2135 / 2564-3795 **Correo electrónico:** [suplimed11@gmail.com](mailto:suplimed11@gmail.com)

INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS PARA DAR COBERTURA EN DIFERENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS.

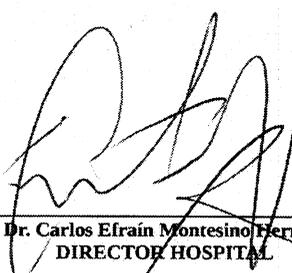
R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO MINSAL	CÓDIGO ONU	DESCRIPCIÓN SOLICITUD / MINSAL	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
50	10	C/U	19902543	S/C	CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA XL.	...VIENE CUELLO BLANDO CERVICAL, TALLA XL. VENCIMIENTO MINIMO: 15 A 18 MESES. MARCA: CHANNELMED. ORIGEN: CHINA. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DÍAS CALENDARIO.	\$ 9.00	\$ 90.00

**TOTAL US:** \$ 3,166.75

**(TOTAL EN LETRAS):** Tres Mil Ciento Sesenta y Seis 75/100 dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<b>* OBSERVACIÓN *</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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>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. 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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	<b>FONDO GENERAL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	1 - 7 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR OC.	<b>FORMA DE PAGO:</b>	CRÉDITO 30 DÍAS

  
 E. **Dr. Carlos Efraín Montesino Herrera**  
 DIRECTOR HOSPITAL

<b>Administrador de la Orden:</b> Licda. Laura Maria Garcia Lovos JEFE DEPTO. SUMINISTRO Teléfono: 2792-3194	Elaboró: Licda. Sofia Carolina Mendoza M. <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> 17 MAR 2023
---	--