



## **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

DIRECCIÓN

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 COMPRAS PUBLICAS (UCP)

Lugar y Fecha:

San Miguel, 26 de septiembre de 2023.

No de Orden:

451/2023

Solicitante:

DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS

Solicitud No:

23/2023

Nombre de la persona

natural o Jurídica

U/M

C/U

PRODINA, S.A. DE C.V.

NIT: NRC:

NEGRO

suministrante:

MEDIANA EMPRESA

CODIGO

ONU

44121633

CÓDIGO

MINSAL

80103575

Correo

DESCRIPCIÓN COMERCIAL

ALMOHADILLA AZUL- ALMACÉN INSUMOS

092399657477-4933

MÉDICOS.

Ventastrodat.sanmiguel@prodina.co

PRECIO

UNITARIO

14.92 \$

VALOR TOTAL

14.92

electrónico: m.sv

PRINTY

Clasificación: Dirección:

CANTIDAD

01

CENTRO COMERCIAL GALERÍAS JARDÍN LOCAL 10 SEGUNDO NIVEL.

DESCRIPCIÓN SOLICITUD/ MINSAL

SELLO AUTOMÁTICO, SEGÚN DISEÑO

TELÉFONO: 2660-7305.

COMPRA DE SELLO PARA EL ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                              | GARANTÍA: 3 AÑOS APARATO TRODAT. VALIDEZ DE LA OFERTA: 10 DÍAS HÁBILES. |     |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|
| TOTAL US:                                                                                                                                        |                                                                                                                              |                                                                         |     | \$ 14.92                                                         |
| OBSERVACION O  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 | Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacen, |                                                                         |     | C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUEST O *SOLICITANTE *ADM. DE OC. |
| LUGAR DE ENTREGA:                                                                                                                                | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL                                                                                |                                                                         |     |                                                                  |
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO:                                                                                                                        | FONDOS PROPIOS                                                                                                               |                                                                         |     |                                                                  |
| FECHA DE ENTREGA:                                                                                                                                | 2 a 3 DÍAS HÁBILES DESPUÉS APROBADO EL ARTE.                                                                                 | FORMA DE PAGO:                                                          | CON | TADO                                                             |

Dr. Carlos Efrain Montesino Herrera DIRECTOR HOSPITAL

Administrador de la Orden: Laura María García Lovos Jefe de Opto. de Sumínistros **Teléfono: 2792-3194**  Elaboró: Licda. Alicia Marina Rivas López

2 9 SEP 2023

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: \_