

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)
 FINAL 11 CALLE PONIENTE Y 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 01 de Julio de 2021. / No de Orden: 343/2021 /
 Solicitante: CLÍNICA EMPRESARIAL / Solicitud No: 01/2021 /
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: SALVADOR EXEQUIEL MARTINEZ ARIAS / NIT: [REDACTED] /
 (IMPRESA SAN AGUSTÍN) / NRC: [REDACTED] /
 Clasificación: Pequeña Empresa / Correo Electrónico: arielazarcad9@gmail.com /
 Dirección: Av. Gerardo Barrios, casa No.703, Barrio San Francisco, San Miguel. Tels. 7232-5413 y 7478-6539

SELLO NECESARIO PARA SUSTITUIR EL QUE SE TIENE EN USO POR ENCONTRARSE EN MAL ESTADO. /

| R | CANTIDAD | UM | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|------------------|----------|----|--------|---|-----------------|-----------------|
| 1 | 1 | CU | | SELLO CUADRADO DE HULE, MANGO DE MADERA, ESPECIFICACIONES: SE ANEXA MUESTRA DE LEYENDA QUE LLEVARA EL SELLO. (SE LE CONSULTO AL SOLICITANTE Y LO PREFIRIO CUADRADO) | \$ 15.00 | \$ 15.00 |
| TOTAL US: | | | | | | \$ 15.00 |

(TOTAL EN LETRAS) QUINCE 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA /

| | | | |
|--|---|---|--|
| * RESERVA * Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100,000 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.- | INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quebra; 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 esta Guadalupe, 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 DC. |
| | LUGAR DE ENTREGA: | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL. | |
| FECHA DE ENTREGA: | 5 DÍAS HÁBILES | FORMA DE PAGO: | CONTADO / |
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO: | RECURSOS PROPIOS | CLASE DE SUMINISTRO | 53114 |


 Dra. Jany Breida-Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
 Dr. Alexander Lazo Campos
 JEFE DE CLÍNICA EMPRESARIAL
 TFX: 2792-3000 EXT: 3116

Elaboró:
 Evelin Marisol Quintanilla Castro
 FECHA DE DISTRIBUCIÓN: