

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 Diciembre de 2021. No de Orden: 778/2021
Solicitante: MEDICINA MUJERES Solicitud No: 01/2021
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: RESONANCIA MEDICA, S.A. DE C.V. (RESOMED) NITY / O NRC: [REDACTED]
Clasificación: Mediana Empresa Correo electrónico: gimsa07@hotmail.com
Dirección: Final 9° Avenida Sur, Local PB-4, Edificio Médico La Paz, San Miguel. Tel. 2661 - 3418.

SERVICIO DE TOMA Y LECTURA DE RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL PTE. MARIA AURORA GARCIA VDA. DE GARCIA.

R	CANTIDAD	U/M	CODIGO MINSAL	CODIGO ONU	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	1	C/U	S/C	S/C	SERVICIO DE RESONANCIA CEREBRAL.	\$ 250.00	\$ 250.00

TOTAL US: \$ 250.00

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

INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:
TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:
 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 trámite de Queda, 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 Guárdalmacén, 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.

Observación:
 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.

C.C.
 *ALMACÉN
 *UFI
 *UAGI
 *PRESUPUESTO
 *SOLICITANTE
 *ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDOS PROPIOS.

FECHA DE ENTREGA: INMEDIATA FORMA DE PAGO: CONTADO



E. *[Signature]*
 Dra. Jenny Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
 Dr. Manuel Antonio Zuniga Fuentes.
 Jefe Medicina Mujeres.
 2792-3000

Elaboró:
 Licda. Sofia Carolina Mendoza M.
 FECHA DE DISTRIBUCION: