



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

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 08 de Marzo de 2023

**No de Orden:** 125/2023

**Solicitante:**

**Solicitud No:**

Nombre de la  
persona natural o  
Jurídica  
suministrante

**NIT:**

**Clasificación:**

**NRC:**

**Dirección:**

**Correo Electrónico:**

R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
				<b><u>ESTA ORDEN FUÉ TOMADA PERO NO UTILIZADA</u></b>	\$	\$ 0.00

**TOTAL US:**

**\$ 0.00**

(TOTAL EN LETRAS)

00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

**OBSERVACION**

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.-

**INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:**

TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: 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.

C. C.  
\*ALMACÉN  
\*UFI  
\*UACI  
\*PRE0SUPUESTO  
\*SOLICITANTE  
\*ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:**

**HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL**

**FECHA DE ENTREGA:**

**FORMA DE PAGO:**

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

**Administrador de la Orden:**

**Elaboró:**

**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:** \_\_\_\_\_