

**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, 17 de Marzo de 2022

**No de Orden:** 134/2022

**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
				<p><b><u>ANULADA.</u></b></p> <p><b>Esta orden fue tomada pero no fue utilizada.</b></p>	\$	\$ 0.00
<b>TOTAL EN LETRAS</b>						\$ 0.00
(TOTAL EN LETRAS)						00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
<p><b><u>OBSERVACION</u></b></p> <p>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>		<p align="center"><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>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.</p>			<p>C. C.</p> <p>*ALMACÉN</p> <p>*UFI</p> <p>*UACI</p> <p>*PRESUPUESTO</p> <p>*SOLICITANTE</p> <p>*ADM. DE OC.</p>	
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>		<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>				
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>			<b>FORMA DE PAGO:</b>			
<p>_____</p> <p><b>Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco</b> <b>DIRECTORA HOSPITAL</b></p>						
<b>Administrador de la Orden:</b>				<b>Elaboró:</b>		
				<b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> _____		