



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)

Lugar y Fecha: SAN MIGUEL, 04 DE DICIEMBRE DE 2023. No de Orden: 540/2023
Solicitante: Solicitud No:
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: DUI-NIT (
NRC:
Clasificación: Correo electrónico:
Dirección:

Table with columns: R, CANTIDAD, U/M, CÓDIGO MINSAL, CÓDIGO ONU, DESCRIPCIÓN, PRECIO UNITARIO, VALOR TOTAL. Includes a row with 'ESTA ORDEN FUE TOMADA PERO QUEDO SIN EFECTO.' and a total row showing \$ 00.

(TOTAL EN LETRAS): DOSCIENTOS 00/100 DÓLARES 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: 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 tramite de Quedan, 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 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 \*PRESUPUESTO \*SOLICITANTE \*ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA:
FUENTE DE FINANCIAMIENTO:
FECHA DE ENTREGA: FORMA DE PAGO:

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

Administrador de la Orden: Elaboró:
FECHA DE DISTRIBUCIÓN: \_\_\_\_\_