



**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 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"  
Telefax: 2661-1811 PBX: 2665-6100 ext. 1174 - 1175

31 JUL 2015

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 29 de Julio de 2015 **No de Orden:** 315  
**Solicitante:** Sección Transporte **Solicitud No:** 021/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **AUTO AIRE FRIO** (José Antonio Parada) **NIT Y / O NRC:** 0511-110972-101-2  
**Clasificación:** Pequeña Empresa  
**Dirección:** Carretera Panamericana Km. 14 San Miguel, 30 mts. al oriente del Tabernáculo de Oración Apóstoles y Profetas. Tel. 2610-8114

Reparación de aire acondicionado de Pick Up, Marca: MAZDA, Modelo: BT50, placa N-2371, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	c/u	Sc	Reparación de aire acondicionado, consistente en: Cambio de compresor de polea en V nuevo/ limpieza general de sistema de tubería interna y externa/ cambio de aceite para R-134a/ cambio de oring/ cambio de filtro deshidratador/ válvula de expansión/ realización de vacío y carga de gas.	\$ 1,100.00	\$ 1,100.00

**TOTAL US:** \$ 1,100.00  
**(TOTAL EN LETRAS)** Mil Cien 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b>
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.-	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, siete 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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado

E.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas**

**Administrador de la Orden:**  
 Sr. José Dore Reyes Membreño  
 Jefe de Sección Transporte  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1128