

## **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”**



**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"

**Lugar y Fecha:** 27 DE ABRIL DE 2016  **No de Orden:** 232   
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO  **Solicitud No:** 098/2016  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **PROYECTOS INDUSTRIALES, S.A. DE C.V. (PROYESA)**  **NIT Y/O NRC :** XXXXXXXXXX  
**Clasificación:** MEDIANA EMPRESA  
**Dirección:** 3ª AVE. NTE., ENTRE 10ª. Y 12ª. C. PTE. #602-B, SAN MIGUEL.

**REPARACION DE SECADORA DE ROPA #2 Y TRABAJO DE MANTENIMIENTO.**

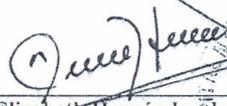
CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	7015007G	FAJA MARCA OPTIBELT B-48	\$ 14.00	\$ 14.00

**TOTAL US:** \$ 14.00

**CATORCE 00/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<input checked="" type="checkbox"/> <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.-	<b>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES:</b> 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:** INMEDIATA **FORMA DE PAGO:** CONTADO

  
 F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales  
 DIRECTORA HOSPITAL DIRECCION

**Administrador de la Orden:**  
 Ing. José Roberto Cevilla  
 PBX: 2665-6100 EXT:  
**Elaboró:** Evelin Marisol Quintanilla Castro

