

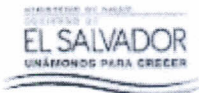
## **VERSIÓN PÚBLICA**

**“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:** 09 DE SEPTIEMBRE DE 2016 ✓ **No de Orden:** 493 ✓  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES ✓ **Solicitud No:** 005/2016 ✓  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **INDUPAL, S.A. DE C.V.** **NIT Y/O NRC :** [REDACTED]  
**Clasificación:** GRAN EMPRESA  
**Dirección:** SUCURSAL SAN MIGUEL, COL. CIUDAD JARDIN CALLE LOS NARANJOS #704. TEL: 2660-0243

SE SOLICITA LA COMPRA DEL SIGUIENTE ACCESORIO PARA EL USO DE LA MOTOGUADAÑA.

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	70212910	HILO CORTE ROJO 2,7MM*36.0M	\$ 8.50	\$ 8.50

**TOTAL US:** \$ 8.50

**(TOTAL EN LETRAS) OCHO 50/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA** ✓

<p align="center">OBSERVACION</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, 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.</p>	<p>C.C.          *ALMACÉN          *UFI          *UACI          *PRESUPUESTO          *SOLICITANTE          *ADM. DE OC.</p>
--	---	--

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** INMEDIATA ✓ **FORMA DE PAGO:** CONTADO ✓

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

**Administrador de la Orden:**  
**Ing. José Roberto Cevillas Canales** *JRC*  
 PBX: 2665-6100 EXT:4431

**Elaboró:**  
**María Julia Ramírez Ramos.**