

## **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:** 23 DE AGOSTO DE 2016  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante  
**Clasificación:** GRAN EMPRESA  
**Dirección:** 2ª Calle Oriente y 4ª avenida norte, San Miguel. Tel. 2661-1100

**No de Orden:** 468  
**Solicitud No:** 191/2016  
**NIT Y/O NRC:** [REDACTED]

**PARA PUERTA DE QUIROFANO 2 DE PC Y PARA SUJETAR APOYA PIES DE SILLAS DE RUEDAS**

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	70212518	BISAGRA DOBLE ACC PISO CROMO PHILLIPS	\$ 23.90	\$ 23.90
12	C/U	70212384	PERNO C/H GALV. A ¼ x A ¼ C/T	\$ 0.06	\$ 0.72
<b>TOTAL US:</b>					<b>\$ 24.62</b>

**(TOTAL EN LETRAS) VEINTICUATRO 62/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

<b>OBSERVACION</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>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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.	<b>C.C.</b> *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

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

**Administrador de la Orden:**  
**Ing. José Roberto Cevillas Canales**  
 PBX: 2665-6100 EXT:1131

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

*Handwritten mark*