

## **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 3 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”**



**Lugar y Fecha:** SAN MIGUEL, 06 DE MAYO DE 2020. **No de Orden:** 228/2020 ✓  
**Solicitante:** BANCO DE LECHE HUMANA. ✓ **Solicitud No:** 04/2020  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** FREUND S.A. DE C.V. ✓ **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** GRAN EMPRESA **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** 2a. Calle Oriente y 4a. Av. Norte San Miguel. **Pag.01/01**  
**Correo:** smcentro@freundsa.com **Tel. 2661-1100 / 2661-2949**

Compra de Material Instrumental y Equipo Eléctrico para movilización y esterilización de frascos de leche humana dentro del laboratorio de procesamiento del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. ✓

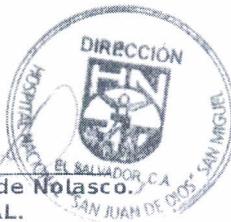
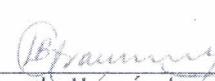
R.	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN GENÉRICA	DESCRIPCIÓN COMERCIAL	P. UNIT.	VALOR TOTAL
2	1	C/U	60902138	COCINA ELÉCTRICA DE 2 QUEMADORES.	COCINA ELÉCTRICA NEGRO 2Q 1500 WATTS.	\$39.90	\$39.90 ✓

**TOTAL US:** \$39.90 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** Treinta y Nueve 90/100 Dolares 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, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, y Representante de la empresa Suministrante, deberá traer sello de la empresa, 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.

<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b>	<b>RECURSOS PROPIOS.</b>
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL</b>
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>INDEFINIDA.</b>
<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>CONTADO. ✓</b>

  
 E.   
**Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco.**  
**DIRECTORA HOSPITAL.**

<b>Administrador de la Orden:</b> Dr. Paul Molina. ✓ Coordinador de Banco de Leche Humana. Tel.2792-3308 / 2792-3309	<b>Elaboró:</b> Lic. Ismael Alfonso Granados Sánchez.  <b>Fecha de Distribución:</b> 11 MAYO 2020
---	---