

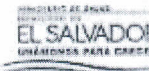
VERSIÓN PÚBLICA

“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: San Miguel, 13 de Septiembre de 2016 **No de Orden:** 495
Solicitante: Servicio de Alimentación y Dietas **Solicitud No:** 07/2016
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: Panadería Flores (José Argello Flores Álvarez) **NIT:** XXXXXXXXXX
Clasificación: MICRO EMPRESA **NCR:** XXXXXXXXXX
Dirección: 21 Calle poniente N°. 312. Barrio San Nicolás, San Miguel Teléfono: 2667-4803

Producto necesario para cubrir la demanda de dietas de pacientes encamados para los meses de Septiembre a Diciembre del presente año. Fue declarado desierto en LP #07/2016.

R	CANTIDAD	UM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
01	280,000	C/U	50106370	Pan Francés, Bollo de 30 Gramos	\$ 0.05	\$ 14,000.00 <input checked="" type="checkbox"/>

TOTAL US: \$ 14,000.00

(TOTAL EN LETRAS) CATORCE MIL 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

OBSERVACION 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.	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Queda, 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, solicítame por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.	C.C. *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:** Crédito 30 días


 Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cabalero
 DIRECTORA HOSPITAL DIRECCION

Administrador de la Orden:
 Liedo, Ana Virginia Medina de la O
 Jefe de Servicio de Alimentación y Dietas
 PBX: 2665-6100 Ext.1161

Elaboró:
 Genara Magdalena Berrios de Merino

Handwritten mark