

## **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)**

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 18 de Mayo de 2017.  
**Solicitante:** Departamento de Conservación y Mantenimiento  
**Nombre de la persona natural o jurídica suministrante:** FREUND, S.A. DE C.V.  
**Clasificación:** Gran Empresa  
**Dirección:** 2ª Calle Oriente y 4ª Av. Norte, San Miguel. Tel. 2661 - 1100

**No de Orden:** 249/2017  
**Solicitud No:** 108/2017  
**NIT Y / O NRC:** [REDACTED]  
**Correo electrónico:**

**COMPRA DE MATERIALES PARA INSTALACION DE BOMBA PARA AGUA EN HEMODIALISIS RE DE EMERGENCIA.**


R	CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PARCIAL	VALOR TOTAL
01	03	C/U	70211092	ADAPTADOR MACHO PVC C 1P.	\$ 0.32	\$ 0.96
02	03	C/U	70211103	CODO PVC 90 gdo C 1P.	\$ 0.35	\$ 1.05
03	02	C/U	70211521	UNION UNIV. PVC C 1P TECNOR. RVO BOA.	\$ 2.50	\$ 5.00

**TOTAL US:** \$ 7.01

**(TOTAL EN LETRAS):** Siete 01/100 dólares de los Estados Unidos de América.

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</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.-	<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, ocho 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.</p> <p>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

<b>Administrador de la Orden:</b> Sr. Jorge Americo Reyes Jefe Depto. Conservación y Mito. Interino PBX: 2665-6100.	<b>Elaboró:</b> Licda. Sofia Carolina Mendoza M.  <b>FECHA DE DISTRIBUCIÓN:</b> _____
--	--