

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, 15 DE JUNIO DE 2018 ✓
Solicitante: SECCIÓN TRANSPORTE ✓
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante
Clasificación: Gran Empresa
Dirección: Carretera Panamericana km 136 ½ Frente a Zona Militar, San Miguel. Tel: 2679-0330,2669-7986
Correo: airomero@excelautomotriz.com

No de Orden: 300/2018 ✓
Solicitud No: 27/2018 ✓
NIT Y/O NRC: [REDACTED]

Cambio de los resortes de los frenos traseros del vehículo ambulancia Marca: Toyota, Placa: N-2367, Propiedad del Hospital Nacional San Juan de Dios ✓

R.	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1	C/U	S/C	MANO DE OBRA REEMPLAZAR CONJUNTO DE RESORTES DE ZAPATAS DE FRENO TRASERAS (DOS LADOS)	\$ 67.87	\$ 67.87
	1	C/U	S/C	REPUESTOS JUEGO DE RESORTES FRENOS TRAS.	\$ 47.70	\$ 47.70

TOTAL US: \$115.57

(TOTAL EN LETRAS) CIENTO QUINCE 57 /100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ✓

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 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.	<small>C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.</small>
---	---	--

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 Carides
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden: Sr. José Dore Reyes Membreño ✓
Jefe de Sección de Transporte
 PBX: 2665-6100 EXT:1138

Elaboro: Genara Magdalena Berrios de Merino

Fecha de Distribución:

af