

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL

Ministerio de Salud



San Miguel, 10 de Abril de 2014



Orden de Compra No. 133

INDELPIN, S.A. de C.V.

Señores: NIT. No. 0614-090692-105-5

Clasificación. MEDIANA EMPRESA

Atentamente sírvanse suministrar a este Centro Hospitalario, después de recibir la presente Orden de Compra en el Almacén de este Hospital, según el detalle siguiente:

SOLICITANTE: DEPARTAMENTO DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO

SOLICITUD No. 039/2014

Compra de Racores y material para sustituir conectores rápido de sistema neumático de 3 autoclaves, marca: Tuttnauer y en tres lavadoras de ropa, marca: Tecnitramo.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	TOTAL
10	c/u	s/c	Racor codo de 1/8 NPT x 6mm manguera, Sang-A	\$ 1.2995	\$ 13.00
20	c/u	s/c	Racor codo de 1/8 NPT x 3/16mm manguera, Pneuflex	\$ 1.2430	\$ 24.86
10	c/u	s/c	Racor codo de 1/8 NPT x 4mm manguera, Sang-A	\$ 1.3560	\$ 13.56
1	c/u	s/c	Lubricador de 1/4 NPT para aire 210 PSI MAL-401-8A Mindman	\$ 31.6400	\$ 31.64
1	c/u	s/c	Galón de Aceite SAE 32 para sistemas neumáticos.	\$ 39.5500	\$ 39.55
<b>Total...</b>					<b>122.61</b>

  

<u>IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR</u>		
<p><b>◁ OBSERVACION ▷</b></p> <p>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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Anotar número de Orden de Compra en Factura.</li> <li>2 <u>Para Recepción del Producto:</u> Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 6 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén.</li> <li>3 <u>Para retiro de Quedan:</u> Presentar a la UFI, copia de Orden de Compra, factura duplicado cliente y fotocopia firmadas y selladas por el Guardalmacén, Acta de Recepción completamente llena en todas sus partes, debidamente firmada y sellada por el Guardalmacén y el representante de la empresa proveedora.</li> <li>4 Entregar a la UACI una fotocopia para verificar el cumplimiento en la entrega.</li> </ol>	<p>c. c. Almacén UFI UACI Presup.</p>

Para efectos de cancelación, favor presentar factura a nombre de: **Tesorería Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel.** En caso de no aceptar esta Orden, **Rogamos** devolverla a nuestra oficina con la debida justificación.

TRAMITO: Luis Eduardo Cruz

JEFE DE U.A.C.I. [Firma]  
**Lic. Irma Elizabeth Quintanilla G.**



ENCARGADO DE PRESUPUESTO [Firma]  
**Sr. José Guillermo Ventura**



JEFE DE U.F.I. [Firma]  
**Lic. Gloria Orellana de Galdamez**



AUTORIZO: DIRECTOR [Firma]  
**Dr. José Manuel Pacheco Paz**

