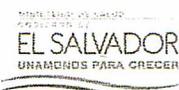




HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)



Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

Lugar y Fecha: San Miguel, 28 de Septiembre de 2015. **No de Orden:** 405

Solicitante: Anestesiología **Solicitud No:** 4/2015

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: **SERVIOMED (Liliana Yamileth Alvarenga Rodríguez)** **NIT Y / O NRC:** 0515-190689-102-2

Clasificación: Pequeña Empresa

Dirección: Colonia Cucumacayan Final Calle Gerardo Barrios Pje A No 121 S,S. Tel:2221-7286

Necesidades de dispositivos en maquinas de anestesia con sus respectivos monitores de vigilancia. Mantenimiento preventivo y correctivo.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
10	C/U	10201040	Brazalete para monitor de una vía pediátrico para monitor de signos vitales. Dimensiones aproximadas: Largo 25.5 CM x 8 CM alto. Marca: Mabis REF: 05-269-013 Origen: USA/Indonesia	\$ 18.00	\$ 180.00
10	C/U	10201080	Brazalete para monitor de una vía adulto para monitor de signos vitales. Marca: Veridian Medical (no impreso) REF: 03-1641 Origen: USA/China/Indonesia.	\$ 19.00	\$ 190.00
8	C/U	70109005	Células de Oxígeno (celdas) para maquina de anestesia, Marca: Drager, Modelo: Fabius Plus. Marca: Analytical Industries INC. REF: PSR-11-915-2, Origen: USA	\$ 135.00	\$ 1,080.00
2	C/U	70109005	Células de oxígeno (celdas) para maquina de anestesia marca: OHMEDA, Modelo: Aespire: Marca: Analytical Industries INC. REF: PSR-11-915-4 Origen: USA.	\$ 135.00	\$ 270.00

TOTAL US: \$ 1,720.00

(TOTAL EN LETRAS) Mil Setecientos Veinte 00/100 dólares de los Estados Unidos de América.

OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	C.C.
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, 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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL

FECHA DE ENTREGA: Renglón 1 y 6 a 5 días hábiles, los restantes a 30 días hábiles después de recibir o/c. **FORMA DE PAGO:** Crédito 60 días.

F. *[Firma]*
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL



Administrador de la Orden: Sr. Fidel Martínez
 Encargado de Biomédica
 PBX: 2665-6100 **Elaboró:** Dumercy Antonio Cruz