



**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, 10 de Marzo de 2016 ✓ **No de Orden:** 110 ✓  
**Solicitante:** DEPTO. DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO ✓ **Solicitud No:** 012/2016  
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

Compra de insumos para dar mantenimiento a los diferentes equipos médicos de este Hospital. ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
100	c/u	70103059	Tubo Fluorescente luz azul de 20W para lámpara de fototerapia para neonatos. Marca: Interlectric, ref.F20T12/BBY, Ori. USA.	\$ 17.50	\$ 1,750.00
300	c/u	70103275	Filtro Hidrofobico para aspirador pitón, pitón en ambos extremos, marca: orión Intermed, Origen: Costa Rica.	\$ 7.00	\$ 2,100.00
10	c/u	70106300	Foco halógeno tipo campana de 15V X 150W, marca: Osram, ref: 64634 (EFR) origen: Germany.	\$ 15.00	\$ 150.00
5	c/u	7010829A	Células de Oxigeno para ventilador marca: Drager mod. Evita 2 dura, marca: Analytical Industries INC. Ref: PSR-11-915-21, origen: USA	\$ 130.00	\$ 650.00

**TOTAL US: \$ 4,650.00**

**(TOTAL EN LETRAS)** Cuatro mil seiscientos cincuenta 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América. ✓

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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 *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>		
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>Reglón 1 y 6 30 días hábiles y el resto 5 días hábiles</b>	<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>Crédito 60 días</b>

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:** Ing. Roberto Cevillas Canales  
 Jefe Dpto. Conservación y Mantenimiento  
 Tel. 2661-3009, PBX: 2665-6100 Ext. 1131 [cviroberto@yahoo.com](mailto:cviroberto@yahoo.com) **Elaboro:** Luis Eduardo Cruz Campos