

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 23 AV SUR COLONIA CIUDAD JARDÍN, SAN MIGUEL

Lugar y Fecha: San Miguel, 07 de Septiembre de 2018 ✓ No de Orden: 394/2018 ✓
 Solicitante: Farmacia ✓ Solicitud No: 17/2018 ✓
 Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: GUSTAVO ERNESTO RETANA JAVIER (DISEÑO E IMPRESIÓN) ✓ NIT: [REDACTED]
 Clasificación: Microempresa ✓
 Dirección: 5ta Avenida Norte # 1136, Edificio Moreno Local 18 A. S. S.
 Correo Electrónico: diseñoimpresion@gmail.com re.melendezm@gmail.com

Elaboración de recetas para despacho de medicamentos uso Intrahospitalario. ✓

| R | CANTIDAD | U/M | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|----------|-----|----------|--|-----------------|---------------|
| 1 | 2,000 | C/U | 80503710 | Block para recetas de despacho de medicamentos para uso intrahospitalario. Elaborado en papel bond b-20 blanco, Medidas de 20 x 26.5 centímetros, Impresión a una tinta color azul negro el tiro, Con logo del Hospital en marca de agua, Numerados del 00001 en adelante hasta el 200.000 (color rojo) de 100 hojas cada block, Pegados a la cabeza, sin copia. ✓ | \$ 1.75 | \$ 3,500.00 ✓ |

| | |
|-------------------|---|
| TOTAL US: | \$ 3,500.00 ✓ |
| (TOTAL EN LETRAS) | TRES MIL QUINIENTOS 00/100 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: | C. C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC. |
| | 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 Guardalmacín, 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. | |

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

| | | | |
|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|
| FECHA DE ENTREGA: | 15 días hábiles ✓ | FORMA DE PAGO: | Crédito 60 días ✓ |
|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|


 F. Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
 DIRECCION HOSPITAL

| | |
|---|---|
| Administrador de la Orden: Licda. Silvia Melany Ortiz Alvarado ✓ Jefe de Farmacia PBX: 2665-6100-Ext. 1251 | Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino FECHA DE DISTRIBUCIÓN: |
|---|---|

nd