

## **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, 13 DE MAYO DE 2019 **No de Orden:** 173/2019  
**Solicitante:** DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA **Solicitud No:** 005/2019  
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **MARÍA TERESA PERDOMO DE PINEDA** **NIT:** [REDACTED]  
**Clasificación:** Pequeña Empresa **NRC:** [REDACTED]  
**Dirección:** 11 Av. Norte No. 310, Bo. San Felipe, San Miguel. Tel: 2661-6376, 2660-3530.  
**Correo:** multiservicios.universitarios@gmail.com

Servicio de impresión a colores de protocolos de gastrosquis para ser entregado en proyecto de CAPRES.

R	CANT	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	7	C/U	S/C	Folletos de 55 paginas impresión a color	\$ 8.50	\$ 59.50
	7	C/U	S/C	Anillado Espiral	\$ 1.50	\$ 10.50
	2	C/U	S/C	CD Con caja acrílica y viñetas	\$ 1.50	\$ 3.00

**TOTAL US:** \$ 73.00

**(TOTAL EN LETRAS)** SETENTA Y TRES 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

<b>○ OBSERVACION ○</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.	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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 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.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
--	---	---

**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 Canales  
DIRECTORA HOSPITAL



**Administrador de la Orden:**  
Dra. Nadia Verónica Fuentes de Reyes  
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Tel: 2292-3325

Elaboró: Genara Magdalena Berrios de Merino

**FECHA DE DISTRIBUCIÓN:**