

## **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 REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 23 de Abril de 2013



Orden de Compra No. 119

Señores: **SERVI OMED (Liliana Yanileth Alvarenga Rodríguez)**  
 NIT. No. [REDACTED]  
 Clasificación: **Pequeña Empresa**

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

SOLICITANTE: **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos** SOLICITUD No. **006/2013**

Consumibles para uso en ventilador mecánico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital

CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	TOTAL
5	c/u	10100050	Filtros Antibacterianos para ventilador mecánico de volumen, Marca: MAQUET, Modelo: Servo "S", Servo Duo Guard, Parte # 6671775 (60 Cach/Stuck), presentación: Caja de 60 unidades, Marca: MAQUET, N/P 6671775, Origen: USA/Sweden	\$ 800.00	\$ 4,000.00
			NOTA: 1.- Tiempo de entrega: 25 días hábiles 2.- Forma de pago: Crédito 30 días		
<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>IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR</b> 1. Anotar número de Orden de Compra en Factura. 2. Para Recepción del Producto: Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 6 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén. 3. Para retiro de Quecán: 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. 4. Entregar a la UACI una fotocopia para verificar el cumplimiento en la entrega.	c. c. Almacén UFI UACI Presup.	

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: Nery S. Sánchez Cañas

JEFE DE U.A.C.I

*[Signature]*  
**Lic. Irma Elizabeth Quintanilla G.**



ENCARGADO DE PRESUPUESTO

*[Signature]*  
**Sr. José Guillermo Ventura**



JEFE DE U.F.I.

*[Signature]*  
**Lic. Gloria Orellana de Galdamez**



AUTORIZO: DIRECTOR

*[Signature]*  
**Dr. José Manuel Pacheco Paz**

