

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 06 de Enero de 2014



Orden de Compra No. 004

Señores: **SIEMENS, S.A.**
 NIT. No. **0614-010467-001-2**
 Clasificación: **Gran Empresa**

Atentamente sírvanse suministrar a este Centro Hospitalario, después de recibir la presente Orden de Compra en el Almacén de este Hospital, según el detalle siguiente:
SOLICITANTE: Departamento de Radiología e Imagen **SOLICITUD No. 017/2013**

Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para 8 Equipos de Radiología del Hospital con visitas programadas para el año 2014

CANT	U/M	DESCRIPCIÓN	PRECIO POR VISITA	TOTAL
4	c/u	Mantenimiento Preventivo y Correctivo para 8 equipos de radiología y sus periféricos, con 4 visitas trimestrales, programadas para los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de 2014, según detalle de equipos: <u>4 VISITAS</u>		
1	c/u	Equipos Portátiles Marca: SIEMENS, Modelo: Mobilett XP Hybrid	\$ 310.00 c/u	\$ 4,960.00
1	c/u	Equipo de Rayos x, Marca: SIEMENS, Modelo: Multix MP	\$1,510.60 c/u	\$ 6,042.40
1	c/u	Equipo de Rayos x de Fluoroscopia, Marca: SIEMENS, Modelo: Iconos R100	\$ 948.73 c/u	\$ 3,794.92
1	c/u	Equipo de Mamografía, Marca: SIEMENS, Modelo: Mamommato 1000	\$1,311.91 c/u	\$ 5,247.64
1	c/u	Equipo de Tomografía (TAC), Marca: SIEMENS, Modelo: Emotion 6 (Incluye: sistema de archivo digital Syngo, estación de visualización de imágenes, reveladora en seco Drystar 5302 e impresora de imágenes digital Codonics Horizon)	\$6,586.47 c/u	\$ 6,586.47
				\$ 26,345.88
				\$ 43,390.84
OBSERVACIONES:				
1 El Mantenimiento Preventivo será programado para los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre del año 2014, en días hábiles y en horarios de 7:30 AM a 3.30 PM, y el Mantenimiento Correctivo será efectivo las 24 horas del día, durante el período de Enero a Diciembre del mismo año, el tiempo de respuesta a emergencias será de 24 horas máximo.				
2 EL Mantenimiento preventivo-correctivo incluye repuestos y/o accesorios con valor igual o inferior a \$ 50.00 como parte integral del servicio.				
3 Todo repuesto con valor superior a \$ 50.00 que deba cambiarse, deberá ingresar al Almacén del Hospital y ser retirado a través de la respectiva requisición, previa autorización del suministro.				
NOTA:				
1.- Forma de Pago: Crédito 45 días (los meses que se de el servicio preventivo)				
OBSERVACION		IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR		
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.-		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 Quedan: 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 * Presupuesto				

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

Lic. Irma Elizabeth Quintanilla G.

JEFE DE U.F.I.

Lic. Gloria Orellana de Galdamez

ENCARGADO DE PRESUPUESTO

Sr. José Guillermo Ventura

AUTORIZO: DIRECTOR

Dr. José Manuel Pacheco Paz

