



**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, 15 de Octubre de 2014

**No de Orden:** 358

**Solicitante:** Servicio de Neonatos

**Solicitud No:** 007/2014

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante  
**IMPRENTA DIVINO SALVADOR DEL MUNDO**  
**(MARIELA LISSETH DEL CID BENAVIDES)**

**NIT Y / O NRC:** 1215-260881-101-0

**Clasificación:** Pequeña Empresa

**Dirección:** 12 Calle Poniente #102bis, Barrio San Francisco, San Miguel

Sellos para las diferentes áreas de Neonatos.

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
2	C/U	80103585	SELLOS REDONDOS DE 3 CM MONTADOS EN MADERA DE NEONATOS.	\$ 7.00	\$ 14.00
2	C/U	80103585	SELLOS REDONDOS DE 3 CM MONTADOS EN MADERA DE NEONATOS AISLADOS.	\$ 7.00	\$ 14.00
2	C/U	80103585	SELLO REDONDO DE 3 CM MONTADOS EN MADERA DE NEONATOS SANOS.	\$ 7.00	\$ 14.00
2	C/U	80103585	SELLO REDONDO DE 3 CM MONTADOS EN MADERA DE NEONATOS INTERMEDIO.	\$ 7.00	\$ 14.00
2	C/U	80103580	SELLO CUADRADO DE 6 ½ CM DE ANCHO POR 3 DE LARGO MONTADOS SEGÚN MUESTRA MONTADOS EN MADERA DE PARA PROGRAMA MADRE CANGURO.	\$ 12.00	\$ 24.00

**(TOTAL EN LETRAS)** Ochenta 00/100 Dólares de Los Estados Unidos de América.

**TOTAL US:** \$ 80.00

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</b> *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUP. *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
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.	
<b>LUGAR DE ENTREGA:</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
<b>FECHA DE ENTREGA:</b>	<b>3 DIAS</b>	<b>FORMA DE PAGO: CONTADO</b>

F.   
 Dra. Juana E. Hernández de Cárdenas  
 DIRECTORA HOSPITAL



**Administrador de la Orden:**  
 Licda. Claudia Carolina Pereira de Cruz  
 Jefe Servicio de Neonatos  
 P3X: 2665-6100

**Elaboro:** Sandra Yaneth Robles