



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: MEQUINSAL, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato en: Hospital Nacional Zacamil | | | O. de C. No | | 100/2011 | |
|---|---|-----------------------------------|----------------|-----------------------|--|---|
| | | | Solicitud No. | | 03/2011 | |
| | | | Fecha | | 21-02-2011 | |
| Unidad solicitante: Mantenimiento | | | Forma de Pago: | | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ | |
| 01 | Servicio mensual de reparación de maquinas Rana Brother 500, Plana Brother DB2-B7 55-3, 20U Plana Singer 33, 20U Plana Singer 33U, Cortadora Eastman FX181-5, Cortadora Eastman FX181-6 | Mes | 05 | 150.00 | 750.00 | |
| | Periodo comprendido del febrero a junio del presente año Los pagos serán mensuales de \$150.00 Se elaborara única Orden de Compra en Original | | | | | |
| Total en Letras: SETECIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES | | | | | \$750.00 | |
| Especif. | 543.01 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General | |
| Valor US \$ | 750.00 | | | | | |
| NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, <u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. | | | | | | |
| Gestionó (UACI) | | Autorizó (Dirección Gral.) | | Registro (UFI) | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) |



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 ellos 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

"Dr. Juan José Fernández"

Zacamil


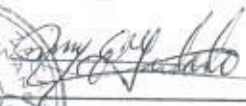



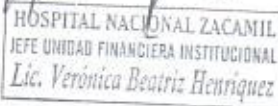



Ministerio de Salud



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: MEQUINSAL, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-120407-108-4) | | O. de C. No | 100/2011 | | |
|---|---|---|------------|--|--|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato en: Hospital Nacional Zacamil | | Solicitud No. | 03/2011 | | |
| | | Fecha | 21-02-2011 | | |
| Unidad solicitante: Mantenimiento | | Forma de Pago: | | | |
| | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Servicio mensual de reparación de maquinas Rana Brother 500, Plana Brother DB2-B7 55-3, 20U Plana Singer 33, 20U Plana Singer 33U, Cortadora Eastman FX181-5, Cortadora Eastman FX181-6 | Mes | 05 | 150.00 | 750.00 |
| Periodo comprendido del febrero a junio del presente año Los pagos serán mensuales de \$150.00 Se elaborara única Orden de Compra en Original | | | | | |
| Total en Letras: SETECIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES | | | | | \$750.00 |
| Especif. | 543.01 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 750.00 | | | | |
| <p>NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p> | | | | | |
| Gestionó (UACI)   | | Autorizó (Dirección Gral.)   | | Registro (UFI)   LIC. Verónica Beatriz Henríquez | |
| Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)    Teléfono: 2281-1485 | | | | | |