



## *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: <b>WILLIAM HAROLD FLORES QUINTANILLA</b>  Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediato en: Hospital Nacional Zacamil</b>	O. de C. No	101/2011
	Solicitud No.	03/2011
	Fecha	21-02-2011

Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Mantenimiento preventivo mensual Sistema de Rayos X digital completo Siemens Ax Iconos R200	Mes	05	590.00	2,950.00
02	Mantenimiento preventivo mensual de Micrótomos Microm	Mes	05	435.00	2,175.00
03	Mantenimiento preventivo mensual de Banda de prueba de esfuerzo Siemens	Mes	05	240.00	1,200.00
	Periodo comprendido del febrero a junio del presente año Los pagos serán mensuales de \$1,265.00 Se elaborara única Orden de Compra en Original				

Total en Letras: **SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO 00/100 DOLARES** **\$6,325.00**

Especif.	543.01						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	6,325.00						

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, **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.

<b>Gestionó (UACI)</b> 	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b> 	<b>Registro (UFI)</b> 	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello) 
---	--	---	--

03 MAR 2011

**INGENIERIA Y TECNOLOGIA HOSPITALARIA**  
Ing. Harold Flores Quintanilla



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

**HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL**

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>WILLIAM HAROLD FLORES QUINTANILLA</b>  Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediato en: Hospital Nacional Zacamil</b>	O. de C. No Solicitud No. Fecha	101/2011 03/2011 21-02-2011
---	---------------------------------------	-----------------------------------

Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Mantenimiento preventivo mensual Sistema de Rayos X digital completo Siemens Ax Iconos R200	Mes	05	590.00	2,950.00
02	Mantenimiento preventivo mensual de Micrótomos Microm	Mes	05	435.00	2,175.00
03	Mantenimiento preventivo mensual de Banda de prueba de esfuerzo Siemens	Mes	05	240.00	1,200.00
	<b>Periodo comprendido del febrero a junio del presente año</b> <b>Los pagos serán mensuales de \$1,265.00</b> <b>Se elaborara única Orden de Compra en Original</b>				

Total en Letras: **SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO 00/100 DOLARES** **\$6,325.00**

Especif.	543.01							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	6,325.00							

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, **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.

<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---