



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





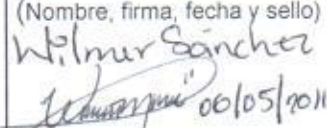

Señores: TECNOLOGIA HOSPITALARIA, S.A. DE C.V. (N.I.T. No. 0614-100810-106-4) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 45 días calendario, después de esta fecha se anulara la Orden de Compra sin responsabilidad por parte del Hospital en: Almacén General	O. de C. No	199/2011
	Solicitud No.	84/2011
	Fecha	15-04-2011

Unidad solicitante: Bienestar Magisterial	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Aspirador eléctrico marca: Alsa modelo: Super Suction (4T EXP) origen: Italia, incluyen 2 frascos de 4 litros cada uno, esterilizables, los equipos se ofertan para un estándar eléctrico de 110 voltios AC, 60 Hz, 1 fase, se incluya capacitación al personal usuario, garantía : dos años	C/U	01	2,975.00	2,975.00
	Aspirador para ser utilizado en Bienestar Magisterial de este Hospital				

Total en letras: DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO 00/100 DOLARES					\$2,975.00
Especif.	611.02				Linea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	2,975.00				

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.

Gestionó (UACI)  	Autorizó (Dirección Gral.) 	Registro (UFI)  HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL REFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Henríquez	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) Wilmer Sánchez  06/05/2011  DIRECCION DE VENTAS
---	--	---	--



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: TECNOLOGIA HOSPITALARIA, S.A. DE C.V.	O. de C. No	199/2011
	Solicitud No.	84/2011
	Fecha	15-04-2011

Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: **45 días calendario, después de esta fecha se anulara la Orden de Compra sin responsabilidad por parte del Hospital en: Almacén General**

Unidad solicitante: Bienestar Magisterial	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Aspirador eléctrico marca: Alsa modelo: Super Suction (4T EXP) origen: Italia, incluyen 2 frascos de 4 litros cada uno, esterilizables, los equipos se ofertan para un estándar eléctrico de 110 voltios AC, 60 Hz, 1 fase, se incluya capacitación al personal usuario, garantía : dos años	C/U	01	2,975.00	2,975.00
	Aspirador para ser utilizado en Bienestar Magisterial de este Hospital				

Total en letras: **DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO 00/100 DOLARES** **\$2,975.00**

Especif.	611.02						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	2,975.00						

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.

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