



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



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SERVICIOS TECNICOS MEDICOS, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-090598-101-1) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 60 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	341/2011
	Solicitud No.	204/2011
	Fecha	10/11/11

Unidad solicitante: Medicina Interna	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Unidad de calefacción para compresas. Capacidad de 69 litros, se incluyen 12 compresas de talla estándar. Tanque de compresas calientes móvil. Modelo: T-12-M. Marca: Thermalator, origen: USA. Fabricado por Whitehall Mfg Inc. USA. Fabricado en estructura de acero inoxidable grado 304, pulido. Rejilla interior de acero inoxidable cubierta de vinil para una mejor durabilidad de las compresas. Termostato ajustable hasta 165°F. Con led indicador de encendido. Dimensiones aproximadas: 16"x24"x32" (prof.xanchoxalto) incluye: 12 compresas calientes estándar 10"x12", garantía dos años por desperfectos de fabrica, se incluye manual de mantenimiento y operación.	C/U	01	2,363.00	2,363.00
Para el uso en.Terapia Fisica de este Hospital.					

Total en Letras: **DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100 DOLARES** **\$2,363.00**

Especif.	611.02						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	2,363.00						

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)  
---	--	---	---

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Lic. Verónica Beatriz Henríquez



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SERVICIOS TECNICOS MEDICOS, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 60 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	341/2011
	Solicitud No.	204/2011
	Fecha	10/11/11

Unidad solicitante: Medicina Interna	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Unidad de calefacción para compresas. Capacidad de 69 litros, se incluyen 12 compresas de talla estándar. Tanque de compresas calientes móvil. Modelo: T-12-M. Marca: Thermalator, origen: USA. Fabricado por Whitehall Mfg Inc. USA. Fabricado en estructura de acero inoxidable grado 304, pulido. Rejilla interior de acero inoxidable cubierta de vinil para una mejor durabilidad de las compresas. Termostato ajustable hasta 165°F. Con led indicador de encendido. Dimensiones aproximadas: 16"x24"x32" (prof.xanchoxalto) incluye: 12 compresas calientes estándar 10"x12", garantía dos años por desperfectos de fabrica, se incluye manual de mantenimiento y operación.	C/U	01	2,363.00	2,363.00
Para el uso en Terapia Física de este Hospital.					

Total en Letras: **DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES 00/100 DOLARES** **\$2,363.00**

Especif.	611.02							Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	2,363.00							

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---

