



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: DISTRIBUIDORA DE REPUESTOS INDUSTRIALES, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-250188-004-5) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 semanas en: Almacén General	O. de C. No	3215-134/2013
	Solicitud No.	37/2013
	Fecha	19-03-2013

Unidad solicitante: Mantenimiento	Forma de Pago:			
	Crédito		Contado	XXX

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Control de presión (presuretrol), 10-150 psi, modelo L-404 F1102	C/U	02	197.75	395.50
02	Control de presión modulante, 10-300 psi, modelo L91A, 1136	C/U	02	308.49	616.98
03	Tubo de vidrio línea roja, 578"x14" alta presión	C/U	02	22.26	44.52
04	Válvula check en bronce, tipo resorte, 1 ¼" para 200 psi vapor	C/U	02	182.16	364.32
05	Válvula check en bronce, tipo resorte, 1" para 200 psi vapor	C/U	04	144.55	578.20
	Para sustituir repuestos vencidos en Sala de Máquinas de este Hospital				

Total en letras: **UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE 52/100 DOLARES** **\$1,999.52**

Especif.	611.08 541.18					Línea de Trabajo 02-01, Fondo General
Valor US \$	1,999.52					

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) Carlos Enrique Ferrández
---------------------	--------------------------------	--------------------	--

Handwritten notes:
Betty
11:45 a
05/2/13

Handwritten notes:
Silvia Campo
SECRETARIA
DICI 2014
1:47 P.M

DIDERI, S.A. DE C.V.



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: DISTRIBUIDORA DE REPUESTOS INDUSTRIALES, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 semanas en: Almacén General	O. de C. No	3215-134/2013
	Solicitud No.	37/2013
	Fecha	19-03-2013

Unidad solicitante: Mantenimiento	Forma de Pago:		
	Crédito		Contado XXX

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Control de presión (presuretrol), 10-150 psi, modelo L-404 F1102	C/U	02	197.75	395.50
02	Control de presión modulante, 10-300 psi, modelo L91A 1136	C/U	02	308.49	616.98
03	Tubo de vidrio línea roja, 578"x14" alta presión	C/U	02	22.26	44.52
04	Válvula check en bronce, tipo resorte, 1 1/4" para 200 psi vapor	C/U	02	182.16	364.32
05	Válvula check en bronce, tipo resorte, 1" para 200 psi vapor	C/U	04	144.55	578.20
	Para sustituir repuestos vencidos en Sala de Máquinas de este Hospital				

Total en letras: **UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE 52/100 DOLARES** **\$1,999.52**

Especif.	611.08									Línea de Trabajo 02-01, Fondo General
	541.18									
Valor US \$	1,999.52									

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)