



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: DADA DADA & CIA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-150362-001-5) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 días hábiles en: Almacén General | O. de C. No | 3215-313/2013 |
| | Solicitud No. | 63/2013 |
| | Fecha | 11-11-2013 |

| | | | |
|--|----------------|-----|---------|
| Unidad solicitante: Mantenimiento | Forma de Pago: | | |
| | Crédito | XXX | Contado |

| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|---|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 01 | Sensores de caudal, marca: Drager, modelo: Fabius GS, origen: Alemania/USA | C/U | 02 | 745.91 | 1,491.82 |
| 02 | Kit de mantenimiento marca: Drager, modelo: Fabius GS, origen: Alemania/USA | C/U | 01 | 706.74 | 706.74 |
| | Para ser utilizado en máquina de Anestesia ubicado en Sala de Operaciones de este Hospital, con No. De inventario 0294-156-002-01-00006 | | | | |

Total en letras: **DOS MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO 56/100 DOLARES** **\$2,198.56**

Especif. Línea de Trabajo 02-02
Fondo General

Valor US \$ 2,198.56

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)  |
|--|---|---|--|

Dada Dada & Cia, S.A. de C.V.
División Médica Medhouse
Calle 12 No. 12-12, Av. Nte y Sa. Calle Pte.
Tel.: (503) 2246-9266

13/11/13



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

| |
|--|
| HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL |
|--|

ORDEN DE COMPRA

| Señores: DADA DADA & CIA S.A DE C.V | | | | 3215- 313/2013 | |
|--|---|-----------------------|----------------|---|--|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: | | Solicitud No. | | 63/2013 | |
| Almacén, entrega en 30 días hábiles | | Fecha | | 12-09-2013 | |
| Unidad solicitante: Mantenimiento. | | | Forma de Pago: | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Sensores de caudal, marca: Drager Modelo Fabius GS, Origen: Alemania/USA | c/u | 02 | 745.91 | 1,491.82 |
| 02 | Kit de Mantenimiento marca: Drager, modelo: Fabius GS, Origen: Alemania/USA | c/u | 01 | 706.74 | 706.74 |
| Para ser utilizado en maquina de anestesia ubicado en Sala de Operaciones de este hospital. No. Inv.0294-156-002-01-00006 | | | | | |
| Total en Letras: DOS MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO 56/100 DOLARES | | | | | \$ 2,198.56 |
| Especif. | 541.18 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 2,198.56 | | | | |
| <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, <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.</p> | | | | | |
| Gestionó (UACI) | Autorizó (Dirección Gral.) | Registro (UFI) | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) | |