



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, Mejicanos, S.S.



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

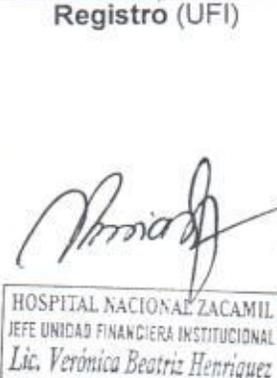
ORDEN DE COMPRA

Señores: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.		O. de C. N°	3215-072/2014		
NIT N° 0614-240498-103-0		Solicitud de Compra N°.	007/2014		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden en 45 días hábiles a mas tardar , en ALMACEN GENERAL .		Fecha	24-feb-14		
Unidad solicitante:	Departamento de Cirugía Maxilo Facial	Forma de Pago:			
Administrador de Contrato:	Dr. Gerardo Ernesto Cuenca Morales	Crédito	XXX	Contado	
N°	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
1	Código: 104-02101-09. BACKHAUS Pinza para Campos. Origen: USA/ALEMANIA. Garantía: 1 AÑO CONTRA DEFECTOS COMPROBADOS DE FABRICACION. Tiempo de Entrega: 45 días hábiles	c/u	9	\$ 25.39	\$ 228.51
2	Código: 406-05105-18. FREER elevad. Tabique agud/romo. Origen: USA/ALEMANIA. Garantía: 1 AÑO CONTRA DEFECTOS COMPROBADOS DE FABRICACION. Tiempo de Entrega: 45 días hábiles	c/u	10	\$ 42.61	\$ 426.10
TOTAL					\$ 654.61

El Suministro de este Instrumental es para ser utilizado en el área de cirugía maxilo facial de este Hospital.

Total en letras:	SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO.61/100 DOLARES			
Especif.	54113	Línea de Trabajo:	02-02	Fondo General
Valor US \$	\$ 654.61			

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.

<p>Garantizó (UACI)</p> 	<p>Autorizó (Dirección Gral.)</p> 	<p>Registro (UFI)</p> 	<p>Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)</p> <p><i>Ana Lidia Cordova</i> 26/02/14</p> <p>SUPLIDORES DIVERSOS S.A. de C.V</p>
--	--	---	--



Hospital Nacional
 “Dr. Juan José Fernández”
Zacamil, Mejicanos, S.S.



HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN
 JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.				O. de C. N°	3215-072/2014
				Solicitud de Compra N°.	007/2014
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden en 45 días hábiles a mas tardar , en ALMACEN GENERAL .				Fecha	24-feb-14
Unidad solicitante:	Departamento de Cirugía Maxilo Facial	Forma de Pago:			
Administrador de Contrato:	Dr. Gerardo Ernesto Cuenca Morales	Crédito	XXX	Contado	
N°	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
1	Código: 104-02101-09. BACKHAUS Pinza para Campos. Origen: USA/ALEMANIA. Garantía: 1 AÑO CONTRA DEFECTOS COMPROBADOS DE FABRICACION. Tiempo de Entrega: 45 días hábiles	c/u	9	\$ 25.39	\$ 228.51
2	Código: 406-05105-18. FREER elevad. Tabique agud/romo. Origen: USA/ALEMANIA. Garantía: 1 AÑO CONTRA DEFECTOS COMPROBADOS DE FABRICACION. Tiempo de Entrega: 45 días hábiles	c/u	10	\$ 42.61	\$ 426.10
TOTAL					\$ 654.61

El Suministro de este Instrumental es para ser utilizado en el área de cirugía maxilo facial de este Hospital.

Total en letras:	SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO.61/100 DOLARES			
Especif.	54113	Línea de Trabajo:	02-02	Fondo General
Valor US \$	\$ 654.61			

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)