



MINISTERIO  
DE SALUD

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



---

## *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)**



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

**HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

| SUMINISTRANTE:<br><b>SISTEMAS BIOMEDICOS, S.A. DE C.V.</b>   |   |     | ORDEN DE COMPRA<br>N°  | <b>3215-190-2020</b> |                           |
|--|---|-----|------------------------|----------------------|---------------------------|
|  |   |     | SOLICITUD N°           | <b>138-2020</b>      |                           |
| PLAZO DE ENTREGA:<br><b>45 DÍAS HÁBILES AL RECIBIR O/C</b>   |   |     | FECHA                  | <b>16/04/2020</b>    |                           |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN GENERAL</b>   |   |     |                        |                      |                           |
| UNIDAD SOLICITANTE:<br><b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</b>  |   |     | FORMA DE PAGO          |                      |                           |
| ADMN. DE ORDEN: <b>LICDA. MARGARITA LINARES</b>  |   |     | <b>CRÉDITO 60 DÍAS</b> |                      |                           |
| RGN.   | DESCRIPCIÓN   | U/M | CANTIDAD               | PRECIO U. \$         | TOTAL \$                  |
| 1  | MANGUERA DE DOBLE CONDUCCIÓN<br>LONGITUD DE 5 MTS PARA AIRPENDRIVE<br>MARCA: SYNTHES<br>MODELO: AIRPENDRIVE<br>ORIGEN: SUIZA<br>GARANTÍA: 12 MESES POR DEFECTOS DE FÁBRICA        | C/U | 1                      | \$ 950.00            | \$ 950.00                 |
| 2  | MANGUERA DE DOBLE CONDUCCIÓN<br>LONGITUD DE 5 MTS PARA MAXIDRIVE<br>MARCA: SYNTHES<br>MODELO: COMPACT AIR DRIVE II<br>ORIGEN: SUIZA<br>GARANTÍA: 12 MESES POR DEFECTOS DE FÁBRICA | C/U | 1                      | \$ 950.00            | \$ 950.00                 |
| PARA MOTORES DE GAS DE CIRUGÍAS ORTOPEDICAS<br>MARCA: SYNTHES<br>MODELOS: AIRPENDRIVE, COMPACT AIR DRIVE II<br>INVENTARIOS: 0294-156-162-01-00003, 0294-156-162-01-00001 |   |     |                        |                      |                           |
| <b>MONTO EN LETRAS: MIL NOVECIENTOS 00/100 DÓLARES</b>   |   |     |                        |                      | <b>\$ 1,900.00</b>        |
| Específico   | 54118   |     |                        |                      | Línea de Trabajo:<br>0202 |
| Valor US \$  | \$ 1,900.00   |     |                        |                      | Fondos: FP Y FG           |

Justificación: ES URGENTE LA ADQUISICIÓN DE ESTOS ACCESORIOS PARA MOTORES A GAS DE CIRUGÍAS ORTOPÉDICAS. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS BIENES CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. FONDOS SEGÚN SOLICITUD #0128



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

**HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

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. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.

| GESTIONÓ (UACI) | AUTORIZÓ (DIRECTOR) | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |
|-----------------|---------------------|----------------|---|
|                 |                     |                |   |