



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)**

# HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRACIONES INSTITUCIONAL

**CUENTA: HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

| SUMINISTRANTE: <b>ALL SOLUTION´S EL SALVADOR S.A. DE C.V.</b>                |  |     | N° ORDEN DE COMPRA | <b>3215-307-2021</b>        |                        |
|--|--|-----|--------------------|-----------------------------|------------------------|
| NIT:   |  |     | N° SOLICITUD       | <b>243-2021</b>             |                        |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>15 DÍAS HÁBILES DESPUES DE REC. O/C.</b>                |  |     | FECHA              | <b>23 de Diciembre 2021</b> |                        |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL</b> |  |     |                    |                             |                        |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>DEPTO. DE MANTENIMIENTO</b>                           |  |     | FORMA DE PAGO      |                             |                        |
| ADMN. DE ORDEN: <b>TEC. ISAAC LUNA</b>                                       |  |     | CRÉDITO 60 DÍAS    |                             |                        |
| RGN.   | DESCRIPCIÓN  | U/M | CANTIDAD           | PRECIO U. \$                | TOTAL \$               |
| 1  | <b>Solicitado:</b> Código SINAB: 81201201<br><b>Código ONU:</b> 81112003 <b>Descripción:</b><br>SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA AIRE ACONDICIONADO Y REFRIGERACIÓN (CHILLER). <b>Ofrecido:</b><br>Código: 3235.2.1.20.01.15317.004.001<br>Descripción: Equipo tipo Chiller, Marca: York, Presentación: Enfriado por aire, País de Origen: US, Vencimiento: Garantía: 6 meses, Plazo de Entrega: 15 Días Hábiles.                         | C/U | 1                  | \$ 4.045,00                 | \$ 4.045,00            |
| 2  | <b>Solicitado:</b> Código SINAB: 81201038<br><b>Código ONU:</b> 99191001 <b>Descripción:</b><br>SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA EQUIPOS DE AIRE ACONDICIONADO Y REFRIGERACIÓN (UNIDAD DOBLE PARED). <b>Ofrecido:</b> Código: Descripción: Equipo de Aire Acondicionado, tipo doble parte, Marca: YORK, Presentación: Paquete, País de Origen: US, Vencimiento: -----, Garantía: 6 meses, Plazo de Entrega: 15 Días Hábiles. | C/U | 1                  | \$ 4.325,00                 | \$ 4.325,00            |
| <b>MONTO EN LETRAS: OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA 00/100 DÓLARES</b>          |  |     |                    |                             | <b>\$ 8.370,00</b>     |
| Específico   | 54301  |     |                    |                             | Línea de trabajo 02-02 |
| Valor US \$  | <b>\$ 8,370.00</b>   |     |                    |                             | Fondo: <i>GENERAL</i>  |

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



Justificación: Contratación de Servicios técnicos para reparar y habilitar a la brevedad posible, el sistema de enfriamiento de Autoclave MATACHANA (CHILER). Contactar con Administrador de O/C al número 2594-5092 SOLICITUD No. SCM-0116.

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 |
|                 |                     |                |   |