

# HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



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 ello 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)

“Cualquier tipo de documento legalizado que se requiera debe avocarse al oficial de información pública de la Institución, según lo indica la LAIP”

Lic. María Antonieta Ojeda Medrano  
Jefe de la Unidad de Atención al Ciudadano  
HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL

# HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL



UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRACIONES INSTITUCIONAL

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

| SUMINISTRANTE: <b>MODULARES PB, S.A. DE C.V.</b>  |   | N° ORDEN DE COMPRA |                 | 3215-012-2022    |                        |
|---|---|--------------------|-----------------|------------------|------------------------|
| NIT:  |   | N° SOLICITUD       |                 | 041-2022         |                        |
|   |   | N° LIBRE GESTIÓN   |                 | 026-2022         |                        |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>10 DÍAS HÁBILES DESPUES DE REC. O/C.</b>   |   | FECHA              |                 | 24 de Enero 2022 |                        |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL</b>  |   |                    |                 |                  |                        |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>DEPTO. DE CONSULTA EXTERNA</b>   |   |                    | FORMA DE PAGO   |                  |                        |
| ADMN. DE ORDEN: <b>TÉC. JAVIER PÉREZ</b>  |   |                    | CRÉDITO 60 DÍAS |                  |                        |
| RGN.  | DESCRIPCIÓN   | U/M                | CANTIDAD        | PRECIO U. \$     | TOTAL \$               |
| 2   | <b>Solicitado:</b> Código SINAB: 81207150<br><b>Código ONU:</b> 52131501 <b>Descripción:</b><br>SUMINISTRO E INSTALACION DE CORTINAS.<br><b>Ofrecido:</b> Código: Descripción: Suministro e<br>Instalación de cortinas. Marca: Vertilux,<br>Presentación: País de origen: Estados Unidos<br>de America, Garantía (Si aplica): 1 año por<br>desperfectos de fábrica. Plazo de entrega:<br>10 días hábiles. | C/U                | 1               | \$ 807.14        | \$ 807.14              |
| <b>MONTO EN LETRAS: OCHOCIENTOS SIETE 14/100 DÓLARES</b>  |   |                    |                 |                  | \$ 807.14              |
| Específico  | 54199   |                    |                 |                  | Línea de trabajo 02-02 |
| Valor US \$   | \$ 807.14   |                    |                 |                  | Fondo: <i>PROPIOS</i>  |
| Justificación: Suministro e Instalación de modulos de oficina para el Departamento de Consulta Externa del Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Contactar con Administrador de O/C al número 2594-5089 SOLICITUD No. DA-005-2022. |   |                    |                 |                  |                        |

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



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 |
|-----------------|---------------------|----------------|---|