

# 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 Unidad de Asesorías y Consultas  
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>MARIA ELENA CARBALLO VELÁSQUEZ</b>   |   |                | N° ORDEN DE COMPRA                      | <b>3215-241-2022</b>        |                        |
|--|---|----------------|---|-----------------------------|------------------------|
|  |   |                | N° SOLICITUD                            | <b>215-2022</b>             |                        |
|  |   |                | N° LIBRE GESTIÓN                        | <b>176-2022</b>             |                        |
| PLAZO DE ENTREGA: <b>SEGÚN PLANIFICACIÓN DE CAPACITACIONES</b>   |   |                | FECHA                                   | <b>16 de Diciembre 2022</b> |                        |
| LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL</b>   |   |                |   |                             |                        |
| UNIDAD SOLICITANTE: <b>DIVISIÓN ADMINISTRATIVA</b>   |   |                | FORMA DE PAGO                           |                             |                        |
| ADMN. DE ORDEN: <b>CATHERYN ALEJANDRA FLORES</b>   |   |                | CRÉDITO 60 DÍAS                         |                             |                        |
| No.  | DESCRIPCIÓN   | U/M            | CANTIDAD                                | PRECIO U. \$                | TOTAL \$               |
| 1  | SOLICITADO:<br>CODIGO SINAB: 59003050 CODIGO ONU: SIN CÓDIGO ONU.<br>DESCRIPCION: KITS DE ALIMENTOS O REFRIGERIOS PARA CAPACITACIONES. VER TÉRMINOS DE REFERENCIA.<br><br>SE OFRECE:<br>DESCRIPCIÓN:<br>KITS DE ALIMENTOS O REFRIGERIOS. COFFE BREAK (ALMUERZO) | C/U            | 500                                     | \$ 4.00                     | \$ 2,000.00            |
| <b>MONTO EN LETRAS: DOS MIL 00/100 DÓLARES</b>   |   |                |   |                             | <b>\$ 2,000.00</b>     |
| Específico   | 54310   |                |   |                             | Línea de trabajo 02-02 |
| Valor US \$  | \$2,000.00  |                |   |                             | Fondo: PROPIOS         |
| Justificación: Contratación de Servicio de alimentación para programa de capacitacionesde salud mental para el Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil. Contactar con Administrador de O/C al número 2594-5191 SOLICITUD No. DA-015-2022.   |   |                |   |                             |                        |
| 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. <b><u>LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN. POR PARTE DEL CONTRATISTA.</u></b> |   |                |   |                             |                        |
| GESTIONÓ (UACI)  | AUTORIZÓ (DIRECTOR)   | REGISTRÓ (UFI) | PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello |                             |                        |
|  |   |                |   |                             |                        |