

# 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)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”

  
Licda. María Antonieta Oviedo  
Jefe UCP





MINISTERIO  
DE SALUD

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

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



**CUENTA:**

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

SUMINISTRANTE: <b>DROGUERÍA UNIVERSAL, S.A. DE C. V.</b>		ORDEN DE COMPRA N°	3215-078-2023		
NIT:		SOLICITUD N°	098-2023		
		LIBRE GESTIÓN N°	086-2023		
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO, DE 3 A 5 DÍAS CALENDARIO POSTERIOR A RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA</b>		FECHA	12/04/2023		
LUGAR DE ENTREGA: <b>ALMACEN DE INSUMOS GENERALES HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>					
UNIDAD SOLICITANTE: <b>UNIDAD GESTORA DE SUMINISTROS</b>			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: <b>DR. NILSON ERNESTO MOLINA MIRANDA</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<p><b>Código del Producto:</b> 10600085, <b>CÓDIGO DEL PRODUCTO SEGÚN CATÁLOGO DE LAS NACIONES UNIDAS:</b> 42222008, <b>DESCRIPCIÓN SOLICITADA:</b> DESCARTABLE PARA BOMBA DE INFUSION VOLUMETRICA MACRO MICRO, EXTENSION (2.5 - 3)m, EMPAQUE INDIVIDUAL ESTERIL SEGUN MARCA Y MODELO</p> <p><b>OFERTADO:</b> Código del Producto: 10600085, <b>Descripción completa del producto ofertado:</b> SET DE DESCARTABLES PARA BOMBAS DE INFUSIÓN. Descartable para Bomba de infusión volumétrica macro - micro, extensión (2.5 - 3)mts. Empaque individual estéril. Compatibles con bombas de infusión marca Mindray; modelo VPS. <b>MARCA:</b> SHINVA ANDE HEALTH CARE, <b>ORÍGEN:</b> CHINA, <b>VENCIMIENTO:</b> 18 MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL PRODUCTO EN EL ALMANCEM DEL HOSPITAL, <b>PLAZO DE ENTREGA:</b> INMEDIATO, DE 3 A 5 DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE RECIBIR EL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA DEBIDAMENTE LEGALIZADO, <b>No. REGISTRO DNM:</b> IM068830032017, <b>VIGENCIA DE LA OFERTA:</b> 60 DÍAS CALENDARIO</p>	C/U	3,000	\$ 3.14	\$ 9,420.00
<b>MONTO EN LETRAS: NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTE 00/100 DÓLARES.</b>					<b>\$ 9,420.00</b>
Específico	54113				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 9,420.00				Fondo: <b>FONDOS GOES</b>



MINISTERIO  
DE SALUD

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

HOSPITAL  
NACIONAL  
ZACAMIL



**CUENTA:**

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

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
------	-------------	-----	----------	--------------	----------

**JUSTIFICACION:** INSUMOS MÉDICOS, PARA LOS SERVICIOS DE HOSPITALACIÓN Y EMERGENCIA. ANTES DE PROCEDER CON LA ENTREGA DE LOS SUMINISTROS CONTRATADOS, LA EMPRESA DEBERÁ COORDINAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA LA FECHA Y HORA DE ENTREGA EN EL ALMACÉN RESPECTIVO. CONTACTAR AL ADMINISTRADOR DE CONTRATO AL NÚMERO 2594-5194. SOLICITUD NÚMERO USG-014-2023

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
-----------------	---------------------	----------------	---