



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)

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



Hospital Nacional

"Dr. Juan José Fernández"

Zacamil

Ministerio de Salud



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: MARIO GUTIERREZ VALLADARES				O. de C. No	188/2011
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Almacén General				Solicitud No.	115/2011
				Fecha	07-04-2011
Unidad solicitante: Mantenimiento			Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Motosierra Poulan de 20" a mezcla completa marca: Poulan garantía dos años	C/U	01	377.00	377.00
02	Aceite mezcla 3.2 onzas marca: Poulan	C/U	05	2.50	12.50
Para ser utilizados en trabajos de poda de árboles en zonas verdes, incluyendo el proyecto de construcción de contenedor de basura común y acopio de cajas rojas, para el cual debe adecuarse un espacio lo suficientemente grande para proceder a los trabajos de terrecería y fundación.					
Total en letras: TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE 50/100 DOLARES					\$389.50
Especif.	611.02				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	389.50				

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**. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.

Gestionó (UACI) 	Autorizó (Dirección Gral) 	Registro (UFI) 	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)
--------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------------------------------

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Lic. Verónica Beatriz Henríquez



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: MARIO GUTIERREZ VALLADARES				O. de C. No	188/2011	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Almacén General				Solicitud No.	115/2011	
				Fecha	07-04-2011	
Unidad solicitante: Mantenimiento			Forma de Pago:			
			Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción		u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Motosierra Poulan de 20” a mezcla completa marca: Poulan garantía dos años		C/U	01	377.00	377.00
02	Aceite mezcla 3.2 onzas marca: Poulan		C/U	05	2.50	12.50
	Para ser utilizados en trabajos de poda de árboles en zonas verdes, incluyendo el proyecto de construcción de contenedor de basura común y acopio de cajas rojas, para el cual debe adecuarse un espacio lo suficientemente grande para proceder a los trabajos de terrecería y fundación.					
Total en letras: TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE 50/100 DOLARES					\$389.50	
Especif.	611.02				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	389.50					
<p>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. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>						
Gestionó (UACI)		Autorizó (Dirección Gral.)		Registro (UFI)		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)