



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: PROMEPASA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-150493-105-0) | | | O. de C. No | 10/2012 | |
|---|--|-------|----------------|-------------------|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Almacén General | | | Solicitud No. | 277/2011 | |
| | | | Fecha | 28/11/11 | |
| Unidad solicitante: Almacén General | | | Forma de Pago: | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Jabón líquido para manos, galón sin marca, origen: El Salvador | Galón | 100 | 1.50 | 150.00 |
| Insumos Médicos, para el uso en este Hospital | | | | | |
| Total en letras: CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES | | | | | \$150.00 |
| Espefic. | 541.13 | | | | Linea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 150.00 | | | | |

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) 17/01/2012 |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---|

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
Lic. Teresita Beatriz Henríquez
17/01/2012





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: PROMEPASA, S.A. DE C.V. | | | | O. de C. No | 10/2012 |
|---|--|-----------------------|---|-------------------|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 3 días hábiles en: Almacen General | | | | Solicitud No. | 277/2011 |
| | | | | Fecha | 28/11/11 |
| Unidad solicitante: Almacen General | | | Forma de Pago: | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Jabón líquido para manos, galón sin marca, origen: El Salvador | Galón | 100 | 1.50 | 150.00 |
| Insumos Médicos, para el uso en este Hospital | | | | | |
| Total en letras: CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES | | | | | \$150.00 |
| Especif. | 541.13 | | | | Linea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 150.00 | | | | |
| <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) | | |