



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



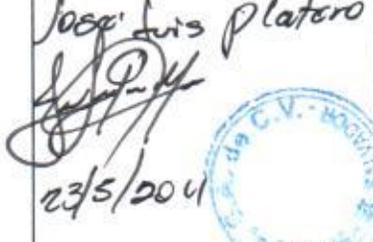
CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: NEOSYS, S.A. DE C.V. (N.I.T. No. 0614-020300-107-8) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 10 días en: Almacén General		O. de C. No	222/2011		
		Solicitud No.	113/2011		
		Fecha	05-05-2011		
Unidad solicitante: Anestesia		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tubo endotraqueal 5.0 Mm diámetro transparente con agujero y línea centinela radiopaca con balón, con escala, empaque individual estéril, marca: Sunmed, modelo: 1-7333-50, origen: China/Estados Unidos	C/U	100	1.65	165.00
02	Tubo endotraqueal 5.5 Mm diámetro transparente con agujero y línea centinela radiopaca con balón, con escala, empaque individual estéril, marca: Sunmed, modelo: 1-7333-55, origen: China/ Estados Unidos	C/U	100	1.65	165.00
Producto necesario para el programa de Cirugía Pediátrica en pacientes de este Hospital					
Total en letras: TRESCIENTOS TREINTA 00/100 DOLARES					\$330.00
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	330.00				

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)  HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Hernández	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) José Luis Platero M.  23/5/2011
---	--	---	---



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: NEOSYS, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 10 días en: Almacén General	O. de C. No	222/2011
	Solicitud No.	113/2011
	Fecha	05-05-2011

Unidad solicitante: Anestesia	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tubo endotraqueal 5.0 Mm diámetro transparente con agujero y línea centinela radiopaca con balón, con escala, empaque individual estéril, marca: Sunmed, modelo: 1-7333-50, origen: China/Estados Unidos	C/U	100	1.65	165.00
02	Tubo endotraqueal 5.5 Mm diámetro transparente con agujero y línea centinela radiopaca con balón, con escala, empaque individual estéril, marca: Sunmed, modelo: 1-7333-55, origen: China/ Estados Unidos	C/U	100	1.65	165.00
	Producto necesario para el programa de Cirugía Pediátrica en pacientes de este Hospital				

Total en letras: **TRESCIENTOS TREINTA 00/100 DOLARES** **\$330.00**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	330.00						

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---