



## ***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



CUENTA

**HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL**

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DISTRIBUIDORA MEDICA SALVADOREÑA, S.A. DE C.V.</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>1-3 días hábiles en: Almacén General</b>		O. de C. No		31/2012	
		Solicitud No.		318/2011	
		Fecha		16-12-2011	
Unidad solicitante: <b>Almacén General</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Bolsa recolectora de orina auto adherible tamaño pediátrico, capacidad de 100 ml. Empaque individual estéril descartable, marca: Sensi Medical, origen: China vencimiento: no menor de 2 años	C/U	800	0.05	40.00
02	Jeringa para BCG y tuberculina 1ml con aguja 25-27x 5/8", descartable, empaque individual estéril marca: Sensi Medical origen: china vencimiento: no menor de dos años	C/U	18,000	0.04	720.00
<b>Insumos Médicos para el uso en este Hospital</b>					
<b>Total en letras: SETECIENTOS SESENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$760.00</b>
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	760.00				
<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, <b>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</b> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>					
<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)		