



## *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: <b>20 días</b> , en: <b>Almacén General</b>		O. de C. No	252/2011		
		Solicitud No.	117/2011		
		Fecha	23-05-2011		
Unidad solicitante: Almacén General		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Paquete de papel para prueba de esfuerzo marca: Burdick, modelo : E600 marca: Easy Trace, modelo: BU216280PA1 origen: Estados Unidos/Italia vencimiento: mínimo dos años	C/U	18	23.15	416.70
<b>Insumos médicos para el uso en este Hospital</b>					
Total en letras: CUATROCIENTOS DIECISEIS 70/100 DOLARES					<b>\$416.70</b>
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	416.70				

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.

<b>Gestionó (UACI)</b>  <i>[Signature]</i>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>  <i>[Signature]</i>	<b>Registro (UFI)</b>  <i>[Signature]</i> HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lsc. Verónica Beatriz Henríquez	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello) <i>José Luis Platoro M.</i> <i>[Signature]</i> 21/05/11 
---	--	--	---



*[Handwritten signature]*



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>SCAN DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.</b>				O. de C. No	251/2011
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediato</b>				Solicitud No.	166/2011
				Fecha	19-05-2011
Unidad solicitante: <b>Trabajo Social</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Examen de Resonancia Magnética de pie derecho	C/U	01	320.00	320.00
	<b>Examen de Resonancia de pie derecho para ser realizada a la paciente IRIS ALEXANDRA SANTAMARIA, quien pertenece al programa de INDES, con quien se tiene convenio.</b>				
Total en letras: <b>TRESCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES</b>					<b>\$320.00</b>
Especif.	543.09				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	320.00				
<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)	