



## ***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: DATA & GRAPHICS S.A DE C.V (NIT:0614-141002-105-0)		O. DE C. No.	50/2012		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen de Inmediato</b>		Solicitud No.	15/2012		
		Fecha	23/01/2012		
Unidad solicitante: Departamento de Enfermería.		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cartuchos de tinta para impresora HP Laser Jet P2055, Ce 505A.	u/c	03	83.25	249.75
	<b>Para ser utilizado en el area de Enfermeria del Hospital.</b>				
Total en Letras: DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 75/100 DOLARES					\$ 249.75
Especif.	541.15				Linea de Trabajo 01-01 Fondos General
Valor US \$	249.75				

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>  	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>  	<b>Registro (UFI)</b>  	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)   26-1-12
--------------------------------	---	-------------------------------	--



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil**



CUENTA

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

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>FALMAR S. A DE C. V</b>				O. de C. No	04/2012	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>3 a 5 días hábiles. Entrega en Almacén.</b>				Solicitud No.	247/2011	
				Fecha	11/11/2011	
Unidad solicitante: <b>Patología.</b>			Forma de Pago:			
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción		u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Xilol, usp, marca esso estandar OIL S.A, origen, Nicaragua, presentacion envase x 20 litros, vencimiento, No aplica, es reactivo Analitico		LTS	20	4.52	90.40
Total en Letras: Noventa 40/100 Dolares.					<b>\$ 90.40</b>	
Especif.	<b>541.07</b>				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	<b>90.40</b>					
<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)



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DROGUERIA FG DE DIOS S.A DE C.V</b> ( NIT No. 0511-220104-104-0 ) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>30 días hábiles. Entrega en Almacén.</b>				O. de C. No		03/2012	
				Solicitud No.		247/2011	
				Fecha		11/11/2011	
Unidad solicitante: <b>Patología.</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Kilos de Parafina (Histosec parafina con polimero plastico), marca: merck, origen, Alemania.	C/U	25	15.00	375.00		
Total en Letras: Trescientos setenta y cinco 00/100 Dolares.					<b>\$ 375.00</b>		
Espefic.	541.07					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	375.00						
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, <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.							
<b>Gestionó</b> (UACI)		<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)		<b>Registro</b> (UFI)		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>SCAN DE EL SALVADOR S. A DE C.V</b> <b>( NIT:0614-160485-002-6)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediato.</b>	O. DE C. No.	20/2012
	Solicitud No.	315/2011
	Fecha	05-12-2011

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	Resonancia Magnetica de Cadera derecha	C/U	01	320.00	320.00
	<b>Resonancia Magnetica para pte Karla Miranda, quien pertenece al programa de INDES.</b>				

Total en Letras: **TRESCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES** **\$320.00**

Espefif.	543.09							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	320.00							

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.

<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>OMNIPRODUCTS, S. A DE C.V</b> ( NIT:0614-050500-105-0) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>5 días.</b> <b>Entrega en almacén.</b>				O. DE C. No.	35/2012
				Solicitud No.	326/2011
				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	Archivadores de Palanca T/Carta “ Ampo”	C/U	75	1.80	135.00
02	Caja de Clip No 1 “ Conquistador “	C/U	200	0.20	40.00
03	Lapiz corrientes “ Studmark mina negra	C/U	2000	0.06	120.00
<b>Insumos de Oficina para ser utilizado en áreas hospitalarias y administrativas.</b>					
Total en Letras: <b>DOSCIENTO NOVENTA Y CINCO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$295.00</b>
Especif.	541.14				Línea de Trabajo 01-01 Fondos General
Valor US \$	295.00				
<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)					



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>LAURA MARINA RAUDA DE ROMERO</b> <b>( NIT:0619- 050774-102- 4)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>5 días.</b> <b>Entrega en almacén.</b>				O. DE C. No.		34/2012	
				Solicitud No.		326/2011	
				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	Desinfectante para piso triple acción marca TRUE CLEAN	C/U	110	1.10	121.00		
	<b>Insumos para ser utilizado en áreas hospitalarias y administrativas.</b>						
Total en Letras: <b>CIENTO VEINTIUNO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$121.00</b>		
Especif.	541.07					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	121.00						
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, <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.							
<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)				





# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>MOISES RIVAS ZAMORA</b> <b>( NIT: 0614- 160577-109 -7)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>3 días.</b> <b>Entrega en almacén.</b>				O. DE C. No.		37/2012	
				Solicitud No.		326/2011	
				Fecha		16-12-2011	
Unidad solicitante: <b>Almacen General</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Boligrafos descartables Negro, marca Bic	u/c	2000	0.12	240.00		
02	Boligrafos descartables Rojo , marca Bic	u/c	2000	0.12	240.00		
03	Boligrafos descartables Azul, marca Bic	u/c	2000	0.12	240.00		
04	Cajas de Clip Jumbo Conquistador	u/c	200	0.55	110.00		
05	Grapas Standart marca SRY	c/u	270	0.59	159.30		
06	Libro Order Book 144 Fenix	c/u	147	0.87	127.89		
07	Plumones Artline Peermanentes 90 negro	c/u	100	0.65	65.00		
08	Plumones Artline Peermanentes 90 Rojo	c/u	100	0.65	65.00		
09	Rollos de Tirro de 3/4" marca ABRO 3/4x30y	c/u	250	0.33	82.50		
	<b>Insumos para ser utilizado en las areas hospitalarias y administrtivas.</b>						
Total en Letras: <b>UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE 69/100 DOLARES</b>					<b>\$ 1.329.69</b>		
Espefic.	541.14					Línea de Trabajo 01-01 Fondos General	
Valor US \$	1.329.69						
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.							

**Gestionó** (UACI)

**Autorizó** (Dirección Gral.)

**Registro** (UFI)

**Por Suministrante:**  
(Nombre, firma, fecha y sello)





# 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> <b>(NIT:0614-10485-002- 6)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediata.</b>				O. DE C. No.	45/2012	
				Solicitud No.	323/2011	
				Fecha	05-12-2012	
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	Resonancia Magnetica de Rodilla Izquierda y Codo izquierdo		u/c	02	320.00	640.00
	<b>Examen de Resonancia para ptes del programa de INDES. Susana Serrano, y Beatriz Sermeño</b>					
Total en Letras: <b>SEISCIENTO CUARENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 640.00</b>	
Especif.	<b>543.09</b>				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	<b>640.00</b>					
<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)



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DATA &amp; GRAPHICS S.A DE C.V</b> <b>(NIT:0614-141002-105-0)</b>			O. DE C. No.	/2012		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>Inmediata.</b>			Solicitud No.	15/2012		
			Fecha	18-01-2012		
Unidad solicitante: <b>Unidad de Enfermería.</b>			Forma de Pago:			
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$	
01	Cartuchos de tinta para impresora HP Laser, Jet P2055, Ce 505A	u/c	03	83.25	249.75	
	<b>Insumos para ser utilizados en la Unidad de Enfermería.</b>					
Total en Letras: <b>DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 75/100 DOLARES</b>					<b>\$ 249.75</b>	
Especif.					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	<b>249.75</b>					
<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)





# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DATA &amp; GRAPHICS S.A DE C.V</b> <b>(NIT:0614-141002-105-0)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen de Inmediato</b>				O. DE C. No.	50/2012
				Solicitud No.	15/2012
				Fecha	23/01/2012
Unidad solicitante: <b>Departamento de Enfermeria.</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cartuchos de tinta para impresora HP Laser Jet P2055, Ce 505A.	u/c	03	83.25	249.75
<b>Para ser utilizado en el area de Enfermeria del Hospital.</b>					
Total en Letras: <b>DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 75/100 DOLARES</b>					<b>\$ 249.75</b>
Especif.	541.15				Línea de Trabajo 01-01 Fondos General
Valor US \$	249.75				
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.					
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>	
				<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DISMED S.A DE C.V</b> <b>(NIT:0614-160987-002-7)</b>		O. DE C. No.	53/2012		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen de Inmediato</b>		Solicitud No.	25/2012		
		Fecha	30/01/2012		
Unidad solicitante: <b>Departamento de Enfermeria.</b>		Forma de Pago:			
		Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cierra gigli de 50cc Ofrece. Gigli 6 hilos 400mm	u/c	10	15.78	157.80
<b>Para ser utilizado en el area de Central de Esterilizacion del Hospital.</b>					
Total en Letras: <b>CIENTO CINCUENTA Y SIETE 80/100 DOLARES</b>					<b>\$ 157.80</b>
Especif.	541.18				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	157.80				
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.					
<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)		





# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DROGUERIA SANTA LUCIA S.A DE C.V</b> <b>(NIT:0614-280142-002-7)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen de Inmediato</b>				O. DE C. No.		55/2012	
				Solicitud No.		16/2012	
				Fecha		30/01/2012	
Unidad solicitante: <b>Bienestar Magisterial.</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Malla de polipropileno para reparacion de hernia no absorbible en medida de 30x30cm t/grande Origen E.E.U.U, presentacion PML 1	u/c	01	90.00	90.00		
	<b>Para ser utilizado en la paciente Ena Velado Castro reg. 154980 del programa de Bienestar Magisterial del Hospital.</b>						
Total en Letras: <b>NOVENTA 00/100 DOLARES</b>						<b>\$ 90.00</b>	
Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	90.00						
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, <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.							
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>NEOSYS S. A DE C.V</b> <b>(NIT:0614- 020300 - 107- 8 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen, Entrega 11 dias habiles.</b>	O. DE C. No.	56/2012
	Solicitud No.	26/2012
	Fecha	30/01/2012

Unidad solicitante: <b>Terapia Respiratoria.</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Juego de Laringoscopio de Luz Convencional hecho en Acero Inoxidable las hojas y el mango, perfil Americano, para uso con pacientes adultos y que esta conformado por las siguientes piezas: 1 hoja curva Macintosh Acero Inoxidable No. 3 1 hoja curva Macintosh Acero Inoxidable No. 4 1 Mango de Acero Inoxidable para uso con bateria tipo c, 1 foco de respuesto, 1 estuche de transporte, marca Sunmed, origen. Estados Unidos.	u/c	03	181.00	543.00
<b>Para ser utilizado en el area de Terapia Respiratoria HNZ</b>					

Total en Letras: **QUINIENTOS CUARENTA Y TRES 00/100 DOLARES \$ 543.00**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	543.00						

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.

<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>JOSE RODOLFO IRAHETA C.</b> <b>(NIT: 0306 – 060547– 001 -2 )</b>				O. DE C. No.	58/2012
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen , entrega 15 dias</b>				Solicitud No.	11/2012
				Fecha	30/01/2012
Unidad solicitante: <b>Patologia.</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Litro del Alcohol Etilico al 99.7%, sin marca, origen Nacional, Presentacion: Bidon Plastico de 20 litros cada uno vencimiento: No menor a dos años	Lts	360	3.75	1.350.00
<b>Para ser utilizado en Patologia del Hospital.</b>					
Total en Letras: <b>UN MIL TRECIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 1.350.00</b>
Especif.	541.07				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	1.350.00				
<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)	



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>SURTIDORA MEDICA S.A DE C.V</b> <b>(NIT: 0511 - 080402-101-7 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen , entrega 3 dias habiles</b>				O. DE C. No.		57/2012	
				Solicitud No.		11/2012	
				Fecha		30/01/2012	
Unidad solicitante: <b>Patologia.</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Litro, alcohol Metilico c/u, marca: Duisa, Origen: Mexico Vencimiento, No menor de 2 años, Presentacion: Barril Metalico retornable contniendo 200 litros	Lts	240	1.75	420.00		
<b>Para ser utilizado en Patologia del Hospital.</b>							
Total en Letras: <b>CUATROCIENTOS VEINTE</b>				<b>00/100 DOLARES</b>		<b>\$ 420.00</b>	
Espefic.	541.07					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	420.00						
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, <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.							
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>REPRESENTACIONES J.R DE EL SALVADOR S.A DE C.V</b> <b>(NIT: 0614 - 280291-106 - 9 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen , entrega 10 dias habiles</b>				O. DE C. No.		59/2012																	
				Solicitud No.		11/2012																	
				Fecha		30/01/2012																	
Unidad solicitante: <b>Patologia.</b>				Forma de Pago:																			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado																	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$																		
01	Litros de Xixol Marca: Capitol, Representacion: Bidon Plastico de 20 lts cada uno, vencimiento no menor a dos años. <b>Para ser utilizado en Patologia del Hospital.</b>	Lts	360.00	4.25	1.530.00																		
<b>Total en Letras: MIL QUINIENTOS TREINTA 00/100 DOLARES</b>				<b>\$ 1.530.00</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Especif.</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">541.07</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>Valor US \$</td> <td style="text-align: center;">1.530.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Especif.	541.07							Valor US \$	1.530.00							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General						
Especif.	541.07																						
Valor US \$	1.530.00																						
<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</b> (Dirección Gral.)	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)																				



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DROGUERIA FG DE DIOS S.A DE C.V</b> (NIT: 0511 - 220204-104 - 0 ) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen , entrega 60 dias habiles</b>				O. DE C. No.		60/2012	
				Solicitud No.		11/2012	
				Fecha		30/01/2012	
Unidad solicitante: <b>Patologia.</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Cajas de Cuchillas para Microtomo, marca: Leica, Origen USA.	Caja	12	165.00	1.980.00		
	<b>Para ser utilizado en Patologia del Hospital.</b>						
Total en Letras: <b>MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 1.980.00</b>		
Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General	
Valor US \$	1.980.00						
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, <b><u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u></b> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.							
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.</b> <b>(NIT: 0614- 110121 – 001-3 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Inmediato, en Hospital Nacional Zacamil.</b>	O. DE C. No.	61/2012
	Solicitud No.	112/2011
	Fecha	31/01/2012

Unidad solicitante: <b>Radiología.</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Servicio de Dosimetria proporcionado a 17 recursos expuestos a variacion del departamento de Rayos X . Los pagos seran mensuales de \$ 106.93	c/u	17	6.29	748.51
	<b>Dosimetria que sera utilizado en Radiologia.</b> <b>Periodo comprendido de junio a diciembre/2011</b>				

Total en Letras: **SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO 51/100 DOLARES** **\$ 748.51**

Espefic.	543.09						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	748.51						

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>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

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

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>NELSON ANTONIO CRESPIN TREJO</b> <b>(NIT: 0614- 251067- 004- 0 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen. Entrega 2 a 6 dias</b>	O. DE C. No.	63/2012
	Solicitud No.	23/2012
	Fecha	03/02/2012

Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tubo Fluorescente de 40 watts, Siylvania,6000 horas	c/u	300	0.85	255.00
02	Tubo Fluorescente de 20 watts, Osram, 9000 horas vida. Garantia un año	c/u	200	0.78	156.00
	<b>Material que sera utilizado para el sistema de Iluminacion de todas las areas del Hospital.</b>				

Total en Letras: **CUATROCIENTOS ONCE 00/100 DOLARES** **\$ 411.00**

Especif.	541.18							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	411.00							

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.

<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>SERMA S.A DE C.V</b> <b>(NIT: 0614 - 180992- 101- 2)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen. Entrega 3 dias habiles</b>	O. DE C. No.	64/2012
	Solicitud No.	23/2012
	Fecha	03/02/2012

Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Reflectores de 150 watts Marca Silvania	c/u	100	4.35	435.00
	<b>Material que sera utilizado para el sistema de Iluminacion de todas las areas del Hospital.</b>				

Total en Letras: **CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO 00/100 DOLARES** **\$ 435.00**

Especif.	541.18							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	435.00							

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.

<b>Gestionó</b> (UACI)	<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)	<b>Registro</b> (UFI)	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil**



CUENTA

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

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>FERRETERIA AZ S.A DE C.V</b> (NIT: 0614- 260607- 101 - 0 ) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen. Entrega 3 dias</b>				O. DE C. No.	65/2012
				Solicitud No.	23/2012
				Fecha	03/02/2012
Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Transformador Electronico de 2x32 WT Sylvania	c/u	400	10.90	4,360.00
	<b>Material que sera utilizado para el sistema de Iluminacion de todas las areas del Hospital.</b>				
Total en Letras: <b>CUATRO MIL TRECIENTOS SESENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 4,360.00</b>
Especif.	541.18				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	4,360.00				
<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</b> (UACI)		<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)		<b>Registro</b> (UFI)	
				<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

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

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>VIDUC S. A. DE C. V</b> <b>(NIT: 0614- 190589 -104 - 3 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen. Entrega 3 dias</b>	O. DE C. No.	66/2012
	Solicitud No.	23/2012
	Fecha	03/02/2012

Unidad solicitante: <b>Mantenimiento</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tubo t8 Recto 32W/665 6500k, marca Sylvania	c/u	500	1.00	500.00
02	Foco de 40 Watts 125v, marca Sylvania	c/u	500	0.28	140.00
03	Cable TSJ 3 x 12 cable	mts	100	1.62	162.00
04	Cable TSJ 3 x 14 cable	mts	100	1.12	112.00
05	Cable TSJ 3 x 10 cable	mts	100	2.65	265.00
	<b>Material que sera utilizado para el sistema de Iluminacion de todas las areas del Hospital.</b>				

Total en Letras: **MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE 00/100 DOLARES** **\$1,179.00**

Especif.	541.18						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	1,179.00						

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.

<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>SUPERPROMOTORA S.A DE C.V</b> (NIT: 0614- 301188-113- 8 )				O. DE C. No.	67/2012
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>INMEDIATA.</b>				Solicitud No.	327/2011
				Fecha	07/02/2012
Unidad solicitante: <b>BIENESTAR MAGISTERIAL</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Resonancia Magnetica de Col.Cervical	c/u	01	320.00	320.00
	Examen qque se realizara a la paciente: Aracely del Carmen Portillo del programa de BM				
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><u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u></b> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>					
<b>Gestionó</b> (UACI)		<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)		<b>Registro</b> (UFI)	
				<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	





# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>VVC, S.A DE C.V</b> <b>(NIT: 0614- 250608 -103- 4 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>INMEDIATA.</b>				O. DE C. No.	69/2012
				Solicitud No.	53/2012
				Fecha	10/02/2012
Unidad solicitante: <b>BIENESTAR MAGISTERIAL</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Malla de polipropileno de 15x15cm, marca : Surgical 10C, origen : Inglaterra.	c/u	01	50.00	50.00
	<b>Material para el paciente: Jose Moises Ramos del programa de BM, con reg. 600676</b>				
Total en Letras: <b>CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 50.00</b>
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	50.00				
<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)	



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>ANALITICA SALVADOREÑA S.A DE C.V</b> (NIT: 0614- 130985- 006- 0 )				O. DE C. No.	70/2012
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En:				Solicitud No.	11/2012
<b>Entrega a 60 días hábiles.</b>				Fecha	10/02/2012
Unidad solicitante: <b>PATOLOGIA</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Parafina Granulada, Presentacion original : kilo, Marca Fisher Scientif, origen USA/otros	Kilos	150	13.99	2,098.50
	<b>Insumo que sera utilizado para el area de Patologia.</b>				
Total en Letras: <b>DOS MIL NOVENTA Y OCHO 50/100 DOLARES</b>					<b>\$ 2,098.50</b>
Especif.	541.07				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	2,098.50				
<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, <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)	



# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>TECNICA INTERNATIONAL S.A DE C.V</b> (NIT: 0614- 221286- 003- 3 ) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Entrega de 15 a 20 dias.</b>				O. DE C. No.	71/2012
				Solicitud No.	24/2012
				Fecha	10/02/2012
Unidad solicitante: <b>PATOLOGIA</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Tijeras Metsembau rectas de acero grado de 15cm,		02	18.00	36.00
02	Tijeras Metsembau curvas de acero grado de 15cm,		02	19.00	38.00
03	Tijeras Metsembau rectas de acero grado de 18cm		02	18.00	36.00
04	Tijeras Metsembau curvas de acero grado de 18cm		02	19.00	38.00
05	Tijeras mayo rectas de diseccion de acero de 15cm		02	17.00	34.00
06	Tijeras mayo mediana recta de diseccion cero grado quirurgico		04	19.00	76.00
07	Tijeras Mayo curva de diseccion cero grado quirurgico de 15cm		02	17.00	34.00
08	Tijeras Super cut Iris recta acero grado de 15cm		02	44.00	88.00
09	Tireras tipo Harrison recta para autopsia acero grado quirurgico con medida de 28cm Todas son Marca:Reda Instrument,origen: Alemania		02	44.00	88.00
<b>Material que sera utilizado en Patologia del Hospital.</b>					
Total en Letras: <b>CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$ 468.00</b>
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	468.00				
<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>					



**Hospital Nacional**  
**“Dr. Juan José Fernández”**  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>DADA DADA &amp; CIA S.A DE C.V</b> <b>(NIT: 0614- 150362 – 001- 5 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen, de Inmediato.</b>	O. DE C. No.	72/2012
	Solicitud No.	30/2012
	Fecha	10/02/2012

Unidad solicitante: <b>Radiologia.</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Impresor UP- 25MD, marca Sony	c/u	01	1,975.77	1,975.77
	<b>Insumo que sera utilizado en el area de Radiologia del Hospital Zacamil.</b>				

Total en Letras: **MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO 77/100 DOLARES** **\$ 1,975.77**

Especef.	611.03					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	1,975.77					

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>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>NEOSYS S.A DE C.V</b> (NIT: 0614- 020300 -107- 8 )						O. DE C. No.	73/2012		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen, entrega de Inmediato.</b>						Solicitud No.	27/2012		
						Fecha	10/02/2012		
Unidad solicitante: <b>Mantenimiento.</b>					Forma de Pago:				
					Crédito	XXX	Contado		
Rgn.	Descripción					u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Papel Termico Cudriculado tipo rollo, Marca: EASYTRACE Modelo:BNT21525, Origen: Italia/Estados Unidos					c/u	250	9.30	2,325.00
	<b>Insumo que sera utilizado en diferentes areas del Hospital.</b>								
Total en Letras: <b>DOS MIL TRECIENTOS VEINTICINCO 00/100 DOLARES</b>								<b>\$ 2.325.00</b>	
Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General		
Valor US \$	2,25.00								
<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)	



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil**



CUENTA

<b>HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL</b>
--

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: <b>DROGUERIA SANTA LUCIA S.A DE C.V</b> <b>(NIT: ( 0614-280142-002-7 )</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen, entrega de Inmediato.</b>	O. DE C. No.	99/2012
	Solicitud No.	50/2012
	Fecha	13/02/2012

Unidad solicitante: <b>Bienestar Magisterial.</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Aplicador de Clip 10mm Origen: U.S.A, Vto. Dos años de vida util.	C/U	1	200,00	200,00
	<b>Material que sera utilizado en la paciente. Wendy Marisol Aviles del programa de Bienestar Magisterial.</b>				

Total en Letras: **DOSCIENTOS 00/100 DOLARES** **\$ 200.00**

Especif.	541.13							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	200,00							

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.

<b>Gestionó</b> (UACI)	<b>Autorizó</b> (Dirección Gral.)	<b>Registro</b> (UFI)	<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)



# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>NOVAMED S.A DE C.V</b> (NIT: ( 0614- 161095 – 101 – 0 ) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: <b>Almacen, entrega 3 dias habiles.</b>						O. DE C. No.	98/2012	
						Solicitud No.	50/2012	
						Fecha	14/02/2012	
Unidad solicitante: <b>Bienestar Magisterial.</b>					Forma de Pago:			
					Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción				u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Trocar de 5mm x 100 cm, marca: Applied Medical, origen U.S.A.				C/U	1	62.00	62.00
	<b>Material que sera utilizado en la paciente. Wendy Marisol Aviles del programa de Bienestar Magisterial.</b>							
Total en Letras: <b>SESENTA Y DOS 00/100 DOLARES</b>							<b>\$ 62.00</b>	
Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondos General		
Valor US \$	62.00							
<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)



