

Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil, Melicanos, S.S.



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"





CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.						O. de C. No		No	368/2011				
(NIT No. 0614-240498-103-0) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Inmediato, en: Almacen General						Orden, de				278/2011 28/11/2011			
Unidad solicitante: Almacen General						Forma de Pago:							
						Crédito		XX Conta		ado			
Rgn.			Descripci	ón	u/m	Ca	nt.	Precio Unit. US\$		Precio Total US\$			
1	Tubo e volume marca:	C/U	40	00 0.85		0.85	340.00						
2	Tubo endotraqueal plastico, radiopaco descartable, globo de alto volumen y baja presión 8.5 MM con agujero centinela, estéril, marca: Evergrand, origen: china vencimiento, no aplica					400		0.85		340.00			
	Insumo	os para ser ut	ilizados en paci	entes de este Hospital									
Sub To	otal en l	etras: SEIS	CIENTOS OC	HENTA 00/100 DOLARE	S					\$680.00			
Especi	pecif. 541.13						Línea de trabajo 02-02 Fondo General						
Valor U	JS \$	680											

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.

Gestions (UAGI)

Autorizó (Dirección Graf.)

Autorizó (Dirección Graf.)

Para de la company o propositiva de energia de e

Registro (UFI.)

HOSPITAL SACIONAL ZACAMIL

IEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Henriquez Por Suministrante:

(Nombre, firma, fecha y sello)

SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. de C.V.



Hospital Nacional

"Dr. Juan José Fernández"



Zacamil

CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señor	Señores: SUPLIDORES DIVERSOS, S.A. DE C.V.								O. de C. No			368/2011		
Duoge	Duego o IId (a) on cirus entregar la calicitada en esta							do	Solic. No			278/2011		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Inmediato, en: Almacen General							Orden,	ue	Fecha			28/11/2011		
Unided colicitants, Almacon Coneral							Forma de Pago:							
Unidad solicitante: Almacen General						Crédito	XX		Con	tado				
Rgn.	Descripción						u/m	Ca	nt. Precio Unit. US			Precio Total US\$		
1	Tubo endotraqueal plástico, radiopaco descartable, globo de alto volumen y baja presión 7.5 mm con agujero centinela, estéril, marca: Evergrand, origen: China vencimiento no aplica						C/U	40	400 0.85).85	340.00		
2	Tubo endotraqueal plastico, radiopaco descartable, globo de alto volumen y baja presión 8.5 MM con agujero centinela, estéril, marca: Evergrand, origen: china vencimiento, no aplica							40	400 0.8).85		340.00	
	Insumo	s para ser ι	ıtilizados er	n pacientes	de este Ho	spital								
Sub To	tal en le	etras: SEIS	SCIENTOS	S OCHEN	TA 00/100	DOLARE	S					\$	680.00	
Especif		541.13						Línea de trabajo 02 Fondo General					-02	
Valor U	S \$	680												
NOTA:	La mer	cadería de	berá ser e	ntregada e	en el almac	én indicado	. facturac	la er	1 8 cc	ppias	a nom	bre d	e la cuenta	

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.

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