



## ***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: <b>PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.</b> (NIT No. 0614-130308-102-4) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>1-2 días hábiles en: Almacén General</b>		O. de C. No	96/2012		
		Solicitud No.	41/2012		
		Fecha	14-02-2012		
Unidad solicitante: <b>Almacén General</b>		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Sonda de alimentación transparente, calibre 5 fr. 35-45 cm longitud, empaque individual estéril, descartable marca: Channelmed, origen: China	C/U	300	0.20	60.00
02	Catgut Crómico No. 2/0 longitud 75-90 cm aguja ½ circulo redonda 35-37 mm empaque individual estéril, marca: Boline, origen: Brasil/otros	C/U	500	0.85	425.00
<b>Insumos Médicos para el uso en este Hospital</b>					
<b>Total en letras: CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$485.00</b>
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	485.00				

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 ZACAMIL  
DEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL  
E.L. Verónica Beatriz Hernández





# Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

## Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>PROVEEDORES QUIRURGICOS, S.A. DE C.V.</b>  Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>1-2 días hábiles en: Almacén General</b>	O. de C. No	96/2012
	Solicitud No.	41/2012
	Fecha	14-02-2012

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	Sonda de alimentación transparente, calibre 5 fr. 35-45 cm longitud, empaque individual estéril, descartable marca: Channelmed, origen: China	C/U	300	0.20	60.00
02	Catgut Crómico No. 2/0 longitud 75-90 cm aguja ½ circulo redonda 35-37 mm empaque individual estéril, marca: Bioline, origen: Brasil/otros	C/U	500	0.85	425.00
<b>Insumos Médicos para el uso en este Hospital</b>					

**Total en letras: CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO 00/100 DOLARES \$485.00**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	485.00						

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