



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: OXIGENO Y GASES DE EL SALVADOR, S.A DE C.V (NIT No. 0614 – 311059 - 001- 5) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacen. Entrega 1 a 5 días hábiles. | O. de C. No | 3215-30/2013 |
| | Solicitud No. | 223/2012 |
| | Fecha | 03/01/2013 |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------|-----|---------|
| Unidad solicitante: Almacen General. | Forma de Pago | | |
| | Crédito | XXX | Contado |

| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|--|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 01 | Espaciador de volumen p lastico y atóxico, con válvula unidireccional, para mejorar aplicación del medicamento aprobado por la FDA, con mascarilla mediana.(58200), marca: Teleflex(Hudson/RUSCH, modelo:1001-50(14-110009/14368199), origen: USA/Mexico | C/U | 200 | 7.50 | 1,500.00 |
| | Insumos necesarios para cubrir areas hospitalarias, solicitado por Almacen. | | | | |

Total en Letras: MIL QUINIENTOS 00/ DOLARES \$ 1,500.00

| | | | | | | | |
|-------------|----------|--|--|--|--|--|--|
| Especif. | 541.13 | | | | | | Linea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 1,500.00 | | | | | | |

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.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Gestionó (UACI)  | Autorizó (Dirección Gral.)  | Registro (UFI)  | Por Suministrante (Nombre, firma, fecha y sello) Julio Cesar Aguillon  23-01-2013  |
|---|--|---|--|



Hospital Nacional
 “Dr. Juan José Fernández”
Zacamil

CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: OXIGENO Y GASES DE EL SALVADOR, S.A DE C.V | | O. de C. No | 3215-30/2013 | | |
|---|---|-----------------------|--------------|---|--|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacen. Entrega 1 a 5 días hábiles. | | Solicitud No. | 223/2012 | | |
| | | Fecha | 03/01/2013 | | |
| Unidad solicitante: Almacen General. | | Forma de Pago: | | | |
| | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Espaciador de volumen plástico y atóxico, con válvula unidireccional, para mejorar aplicación del medicamento aprobado por la FDA, con mascarilla mediana.(58200), marca: Teleflex(Hudson/RUSCH, modelo:1001-50(14-110009/14368199), origen: USA/Mexico | C/U | 200 | 7.50 | 1,500.00 |
| | Insumos necesarios para cubrir areas hospitalarias, solicitado por Almacen. | | | | |
| Total en Letras: MIL QUINIENTOS 00/ DOLARES | | | | | \$ 1,500.00 |
| Especif. | 541.13 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 1,500.00 | | | | |
| <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, 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.</p> | | | | | |
| Gestionó (UACI) | Autorizó (Dirección Gral.) | Registro (UFI) | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) | |
| | | | | | |

