



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: HEALTHCARE PRODUTS CENTROAMERICA, S.A DE C.V (NIT No. 0614 – 240103-108- 2) | | O. de C. No | 3215-31/2013 | | |
|--|--|----------------|--------------|-------------------|--|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacen. Entrega 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 | Catéter Intravenoso No. 24 x ¼”, Empaque Individual Esteril, descartable, marca: Plymed, Origen: India.cod. 1-06-05200 | c/u | 420 | 0.23 | 96.60 |
| 02 | Catéter Intravenoso No. 18X 1- ¼”, Empaque Individual Esteril, descartable., marca: Polymed.cod. 1-0605165 | c/u | 9,600 | 0.23 | 2,208.00 |
| Insumos necesarios para cubrir areas hospitalarias, solicitado por Almacen. | | | | | |
| Total en Letras: DOS MIL TRESCIENTOS CUATRO 60/100 DOLARES | | | | | \$ 2,304.60 |
| Especif. | 541.13 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 2,304.60 | | | | |

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

[Handwritten signatures and stamps at the bottom left]





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil

CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: HEALTHCARE PRODUTS CENTROAMERICA, S.A DE C.V Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacen. Entrega 5 días hábiles. | | O. de C. No | | 3215-31/2013 | |
|---|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------|--|
| | | 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 | Catéter Intravenoso No. 24 x 3/4", Empaque Individual Esteril, descartable, marca: Plymed, Origen: India.cod. 1-06-05200 | c/u | 420 | 0.23 | 96.60 |
| 02 | Catéter Intravenoso No. 18X 1- 3/4", Empaque Individual Esteril, descartable., marca: Polymed.cod. 1-0605165 | c/u | 9,600 | 0.23 | 2,208.00 |
| | Insumos necesarios para cubrir areas hospitalarias, solicitado por Almacen. | | | | |
| Total en Letras: DOS MIL TRESCIENTOS CUATRO 60/100 DOLARES | | | | | \$ 2,304.60 |
| Especif. | 541.13 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 2,304.60 | | | | |
| 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, <u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u> 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) | | | | | |

