



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: CELLFOOD DE CENTROAMERICA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-161208-107-1) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 50 unidades de inmediato y el resto en 8 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	115/2012
	Solicitud No.	57/2012
	Fecha	20-02-2012

Unidad solicitante: Almacén General	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Jabón Gluonto de Clorhexidina al 4% solución acuosa para dispensador en espuma por sistema cerrado, con bomba de piso o pedal, Litro marca: Foam Safe, origen: USA, vencimiento: 09/2013, incluye dispensadores para los servicios que los soliciten	C/U	102	34.95	3,564.90
	Insumos Médicos para el uso en los pacientes de este Hospital				

Total en letras: TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO 90/100 DOLARES \$3,564.90

Especif.	541.13					Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,564.90					

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) <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Henríquez </div>	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; padding: 5px; color: blue; font-weight: bold;"> CELL FOOD de Centroamérica Tel.: 2264-0318 </div>
----------------------------	---------------------------------------	---	---





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: CELLFOOD DE CENTROAMERICA, S.A. DE C.V.		O. de C. No	115/2012		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 50 unidades de inmediato y el resto en 8 días hábiles en: Almacén General		Solicitud No.	57/2012		
		Fecha	20-02-2012		
Unidad solicitante: Almacén General		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Jabón Gluconto de Clorhexidina al 4% solución acuosa para dispensador en espuma por sistema cerrado, con bomba de piso o pedal, Litro marca: Foam Safe, origen: USA, vencimiento: 09/2013, incluye dispensadores para los servicios que los soliciten	C/U	102	34.95	3,564.90
	Insumos Médicos para el uso en los pacientes de este Hospital				
Total en letras: TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO 90/100 DOLARES					\$3,564.90
Especif.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	3,564.90				
<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)	