



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: FALMAR, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-310387-004-0)				O. de C. No	3215-53/2013
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 a 15 días hábiles en: Almacén General				Solicitud No.	237/2012
				Fecha	03-01-2013
Unidad solicitante: Almacén General			Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Alcohol Etilico desnaturalizado 90°-Etanol 90° Presentación: Barril x 200 litros marca: Distribuidora Salvadoreña, origen: El Salvador, vencimiento: 2 años	C/U	400	1.80	720.00
02	Antiséptico en forma de gel a base de alcohol etílico 75%-limpiel marca: Falmar, origen: El Salvador vencimiento: 2 años	C/U	200	1.99	398.00
Insumos Médicos para el uso en este Hospital					
Total en letras: UN MIL CIENTO DIECIOCHO 00/100 DOLARES					\$1,118.00
Espefic.	541.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,118.00				

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 Hernandez 23-01-13 FALMAR, S.A. de C.V.
		HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Veronica Beatriz Henriquez	





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: ARMARO, S.A. DE C.V.				O. de C. No		3215-53/2013	
				Solicitud No.		237/2012	
				Fecha		03-01-2013	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 5 días hábiles en: Almacén General				Forma de Pago:			
				Crédito	XXX		Contado
Unidad solicitante: Almacén General							
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Sutura sintética absorbible (acido Poliglicolico) 1 con aguja redonda medio circulo de 3 5mm, hebra de 70 cm E.I.E. marca: Vital Sutures, origen: Perú, vencimiento: no menor a dos años Código: 1-11-08160	C/U	1,344	1.39	1,868.16		
02	Sutura sintética (Acido Poliglicolico) 2/0 con aguja redonda medio circulo de 25 mm, hebra de 70 cm E.I.E. marca: vital Sutures origen: Perú vencimiento: no menor a dos años, Código: 1-94-19630	C/U	120	1.45	174.00		
03	Sutura sintética absorbible (Acido poliglicolico) 3/0 con aguja redonda ½ circulo de 25 mm, hebra de 70 cm E.I.E. marca: Vital Sutures origen: Perú vencimiento: no menor a dos años, Código: 1-94-19620	C/U	120	1.45	174.00		
Insumos Médicos para el uso en este Hospital							
Total en letras: DOS MIL DOSCIENTOS DIECISEIS 16/100 DOLARES						\$2,216.16	
Espefif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	2,216.00						
<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, <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.</p>							
Gestionó (UACI)		Autorizó (Dirección Gral.)		Registro (UFI)		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)	