



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: SEGUROS DEL PACIFICO, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-290385-001-1) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato	O. de C. No	3215-70/2013
	Solicitud No.	09/2013
	Fecha	18-12-2013

Unidad solicitante: Administración	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Seguro contra todo riesgo de las pérdidas o daños físicos directos de los bienes propiedad del asegurado o bajo su responsabilidad, ocasionada por cualquier siniestro accidental, súbito e imprevisto originado por cualquier causa externa, incluyendo terremoto, temblor o erupción volcánica, ciclón, vientos tempestuosos o granizo, inundación de agua fluviales, lacustres o marítimas y huelgas, paros, motines, tumultos populares y alborotos.	C/U	01	1,723.14	1,723.14
	Servicio solicitado para el periodo comprendido desde las cero horas del día 01 de enero hasta las 24 horas del día 31 de diciembre de 2013.				

Total en letras: **UN MIL SETECIENTOS VEINTITRES 14/100 DOLARES** **\$1,723.14**

Especif.	556.02									Línea de Trabajo 02-02 Fondos Propios
Valor US \$	1,723.14									

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



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SEGUROS DEL PACIFICO, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato	O. de C. No	3215-70/2013
	Solicitud No.	09/2013
	Fecha	18-12-2013

Unidad solicitante: Administración	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Seguro contra todo riesgo de las pérdidas o daños físicos directos de los bienes propiedad del asegurado o bajo su responsabilidad, ocasionada por cualquier siniestro accidental, súbito e imprevisto originado por cualquier causa externa, incluyendo terremoto, temblor o erupción volcánica, ciclón, vientos tempestuosos o granizo, inundación de agua fluviales, lacustres o marítimas y huelgas, paros, motines, tumultos populares y alborotos.	C/U	01	1,723.14	1,723.14
	Servicio solicitado para el periodo comprendido desde las cero horas del día 01 de enero hasta las 24 horas del día 31 de diciembre de 2013.				

Total en letras: **UN MIL SETECIENTOS VEINTITRES 14/100 DOLARES** **\$1,723.14**

Especif.	556.02						Línea de Trabajo 02-02 Fondos Propios
Valor US \$	1,723.14						

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)