



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: DISMED S.A DE C.V (NIT: (0614 – 160987- 002- 7) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: Almacen, entrega 45 dias.		O. DE C. No.	143/2012		
		Solicitud No.	49/2012		
		Fecha	01/03/2012		
Unidad solicitante: Enfermeria.		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Clips de Metal, para Hemostasia en Cuero Cabelludo Raney.	C/U	75	1.84	138.00
02	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm recto	C/U	02	621.57	1,243.14
03	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm recto	C/U	02	621.57	1,243.14
04	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm arriba	C/U	02	671.91	1,343.82
05	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm arriba	C/U	02	671.91	1,343.82
06	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm abajo	C/U	02	714.95	1,429.90
07	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm abajo Marca B.Braun Aesculap,Origen: Alemania,Garantia: 2 Años contra defecto.	C/U	02	714.95	1,429.90
Material que sera de uso para el hospital.					
Total en Letras: OCHO MIL CIENTO SETENTA Y UNO 72/100 DOLARES					\$ 8,171.72
Especif.	541.13				Linea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	8,171.72				
<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)



[Handwritten signature]

Autorizó (Dirección Gral.)



Registro (UFI)

[Handwritten signature]

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
Lc. Verónica Rodríguez Henríquez

Por Suministrante:
(Nombre, firma, fecha y sello)

Jose Noe Montoya

[Handwritten signature]

25/04/2012



[Handwritten signature]

RECIBIDO 02 MAR 2012

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
02/03/2012
9:23



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil

CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: DISMED S.A DE C.V Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, En: Almacen, entrega 45 dias.	O. DE C. No.	143/2012
	Solicitud No.	49/2012
	Fecha	01/03/2012

Unidad solicitante: Enfermeria.	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Clips de Metal, para Hemostasia en Cuero Cabelludo Raney.	C/U	75	1.84	138.00
02	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm recto	C/U	02	621.57	1,243.14
03	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm recto	C/U	02	621.57	1,243.14
04	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm arriba	C/U	02	671.91	1,343.82
05	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm arriba	C/U	02	671.91	1,343.82
06	Pinza cortante caspar 2mm vast.155mm abajo	C/U	02	714.95	1,429.90
07	Pinza cortante caspar 4mm vast.155mm abajo Marca B.Braun Aesculap,Origen: Alemania,Garantia: 2 Años contra defecto.	C/U	02	714.95	1,429.90
	Material que sera de uso para el hospital.				

Total en Letras: **OCHO MIL CIENTO SETENTA Y UNO 72/100 DOLARES** **\$ 8,171.72**

Especif.	541.13							Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	8,171.72							

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