



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: DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A DE C.V (NIT No. 0614- 100496 – 102- 6)		O. de C. No	3215-95/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacén. Inmediata.		Solicitud No.	28/2013		
		Fecha	12/08/2013		
Unidad solicitante: Laboratorio Clínico.		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Prueba para determinación de marcador tumoral antígeno prostático específico total(PSA), método Elisa automatizado, set de 100 prueba cod.30106266	C/U	237	3.50	829.50
02	Prueba para determinación de la Hormona Estimulante del Tiroides, (TSH), set de 100 pruebas, método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106580	C/U	1,097	3.50	3.839.50
03	Prueba para la determinación de Tetrayodotironina Total (T4), set de 100 pruebas método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106670	C/U	716	3.50	2.506.00
04	Prueba para determinación de Triyodotironina total (T3), método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106678	C/U	625	3.50	2.187.50
	Insumos necesarios para pacientes atendidos en la Consulta Externa.				
Total en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS 50/100 DOLARES					\$ 9,362.50
Especif.	543.09				Linea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	9,362.50				
<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>					

<p>Gestionó (UACI)</p> <p><i>Autore</i></p>	<p>Autorizó (Dirección Gral.)</p>	<p>Registro (UFI)</p>	<p>Por Suministrante (Nombre, firma, fecha y sello)</p> <p><i>Salvador Ochoa</i> <i>S. Ochoa</i> <i>16/08/13</i></p>
--	--	------------------------------	---

[Handwritten signature]



Hospital Nacional
 “Dr. Juan José Fernández”
Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: DIAGNOSTIKA CAPRIS S.A DE C.V Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: En Almacén. Inmediata.	O. de C. No	3215-95/2013
	Solicitud No.	28/2013
	Fecha	11/03/2013

Unidad solicitante: Laboratorio Clínico.	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Prueba para determinación de marcador tumoral antígeno prostático específico total(PSA), método Elisa automatizado, set de 100 prueba cod.30106266	C/U	240	3.50	840.00
02	Prueba para determinación de la Hormona Estimulante del Tiroides, (TSH), set de 100 pruebas, método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106580	C/U	1000	3.50	3,500.00
03	Prueba para la determinación de Tetrayodotironina Total (T4), set de 100 pruebas método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106670	C/U	1000	3.50	3,500.00
04	Prueba para determinación de Triyodotironina total (T3), método automatizado, set de 100 pruebas.cod. 30106678	C/U	1000	3.50	3,500.00
	Insumos necesarios para pacientes atendidos en la Consulta Externa.				

Total en Letras: **ONCE MIL TRESCIENTOS CUARENTA 00/ DOLARES** **\$ 11,340.00**

Especif.	543.09						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	11,340.00						

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