



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: PROMOCION MEDICA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-240206-107-4) | | O. de C. No | 3215-155/2013 | | |
|---|---|----------------|--|-------------------|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 días hábiles en: Almacén General | | Solicitud No. | 80/2013 | | |
| | | Fecha | 22-03-2013 | | |
| Unidad solicitante: Anatomía Patológica | | Forma de Pago: | | | |
| | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Micrótopo manual marca: Thermo Scientific Microm modelo HM 325 incluye: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 100 ml de repelente de parafina ➤ Juego de herramientas para el equipo ➤ Cubierta guardapolvo ➤ Manual de instrucción ➤ Porta Cassette universal ➤ Porta cuchilla universal ➤ Garantía y mantenimiento preventivo por un año | C/U | 01 | 12,715.00 | 12,715.00 |
| Para ser utilizado en Anatomía Patológica de este Hospital | | | | | |
| Total en letras: DOCE MIL SETECIENTOS QUINCE 00/100 DOLARES | | | | | \$12,715.00 |
| Especif. | 611.03 | | | | Linea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 12,715.00 | | | | |
| <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, 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) | | |
| | | | | | |

04 ABR 2013





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: PROMOCION MEDICA, S.A. DE C.V. | | O. de C. No | 3215-155/2013 | | |
|---|--|-----------------------|---|-------------------|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 días hábiles en: Almacén General | | Solicitud No. | 80/2013 | | |
| | | Fecha | 22-03-2013 | | |
| Unidad solicitante: Anatomía Patológica | | Forma de Pago: | | | |
| | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Micrótopo manual marca: Thermo Scientific Microm modelo HM 325 incluye: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 100 ml de repelente de parafina ➤ Juego de herramientas para el equipo ➤ Cubierta guardapolvo ➤ Manual de instrucción ➤ Porta Cassette universal ➤ Porta cuchilla universal ➤ Garantía y mantenimiento preventivo por un año | C/U | 01 | 12,715.00 | 12,715.00 |
| | Para ser utilizado en Anatomía Patológica de este Hospital | | | | |
| Total en letras: DOCE MIL SETECIENTOS QUINCE 00/100 DOLARES | | | | | \$12,715.00 |
| Especif. | 611.03 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 12,715.00 | | | | |
| <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, 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) | | |