

Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamii, Mejicanos, S.S.



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: NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL EL SALVADOR (NIT No. 9450-220296-101-4)

Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30 Fecha 29-03-2012

Forma de Pago:

The territory was the control of the			1 Offilia do 1 ago.							
Unida	d solicitante: Laboratorio Clínico	Crédito XXX Contad		do						
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$					
01	Tubo al vacío (13x75) milímetros, con citrato de sodio al (3.2-3.8%) (tapón celeste), capacidad de 2 mililitros, marca: Greiner/Vacuette, origen: Austria/Brasil/USA, vencimiento: 6-12 meses	C/U	18,000	0.11	1,980.00					
	Insumos necesarios para realizar el trabajo de Bacteriología y tomar las diversas muestras de pacientes provenientes de la Consulta Externa, emergencia y Hospitalización.			-lis-						
	I latras: LIN MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100 DOI	ARES			\$1,980.00					

Total en letras: UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100 DOLARES

Total ciriotia		Linea de Trabajo 02-02
Especif.	541.13	Fondo General
Valor US \$	1,980.00	

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.)

Autorizó (Dirección Gral.)

Registro (UF)

HOSPITAL HACIO LE ZACAMIL REFE UNIOLO FINANCIEZA RISTITUCIONAL LA. Vermina Brauta Houriquez Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)

NIPRO

NIPRO MEDICAL CORPORATION SUC EL SALVADOR



Hospital Nacional

"Dr. Juan José Fernández"





CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL EI SALVADOR Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 30							L EL	O. de C. No				195/2012		
							de: 30	Solicitud No.				99/2012		
días hábiles en: Almacén General						ao . 00	Fecha				29-03-2012			
Unidad solicitante: Laboratorio Clínico						Forma de Pago:								
						Crédito	édito		XXX Cor		ntado			
Rgn.			I	Des	cripción			u/m		Cant		Precio it. US		
01	al (3.2 marca:	-3.8%) : Greir	(tapón c	eles ette	ste), capa	ros, con citrato de sodio capacidad de 2 mililitros, gen: Austria/Brasil/USA,						1,980.00		
	Insumos necesarios para realizar el trabajo de Bacteriología y tomar las diversas muestras de pacientes provenientes de la Consulta Externa, emergencia y Hospitalización.													
Total en letras: UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100 DOLA						ARES					\$	\$1,980.00		
Especif. 541.13							Línea de Trabajo 02-02 Fondo General							
√alor U	S\$	1,980.0	00											
NOTA:	la mar	oodorío	doboró c	20r 6	ntrogodo (n al alm	agán indicada	footure	, do	on 0 oor	oioo	a namk	vro d	o lo quento

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)