



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: INSELCA S,A DE C.V (NIT No. 0614- 221282 – 003) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Entrega: 08 días hábiles. | O. de C. No | 3215-204/2013 |
| | Solicitud No. | 43/2013 |
| | Fecha | 07/05/2013 |

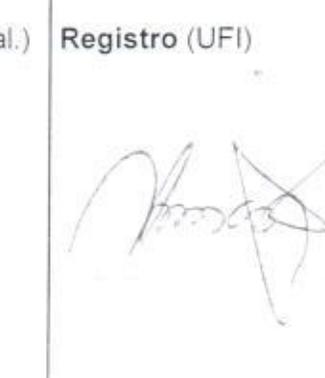
| | | | |
|--|----------------|------------|---------|
| Unidad Solicitante: Lavandería. | Forma de Pago: | | |
| | Crédito | XXX | Contado |

| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|---|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 01 | Mascarilla a vapor/ gas completo 7502 3M | c/u | 09 | 95.00 | 855.00 |
| 02 | Retenedor para filtro 3M 501 | c/u | 24 | 4.07 | 97.68 |
| 03 | Repuestos para filtros de mascarilla 3M 5N11 | c/u | 24 | 1.98 | 47.52 |
| | Insumos que serán utilizados en el área de lavandería. | | | | |

Total en Letras: **UN MIL 20/100 DOLARES** \$ 1,000.20

| | | | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|--|--|
| Espefic. | 541.18 | | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General |
| Valor US \$ | 1.000.20 | | | | | |

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)  20/05/13 INSELCA, S.A DE C.V. Telefono 2226-3317 Registro No. 78035-9 NIT 0614-221282-003-5 |
|---|--|---|--|



Hospital Nacional
 “Dr. Juan José Fernández”
Zacamil



CUENTA

**HOSPITAL NACIONAL “DR.
 JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ”
 ZACAMIL**

ORDEN DE COMPRA

| Señores: INSELCA S,A DE C.V | | | | O. de C. No | 3215-204/2013 | |
|--|---|-----------------------------------|-------|-----------------------|--|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Entrega: 08 días hábiles. | | | | Solicitud No. | 43/2013 | |
| | | | | Fecha | 07/05/2013 | |
| Unidad Solicitante: Lavandería. | | | | Forma de Pago: | | |
| | | | | Crédito | XXX | Contado |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ | |
| 01 | Mascarilla a vapor/ gas completo 7502 3M | c/u | 09 | 95.00 | 855.00 | |
| 02 | Retenedor para filtro 3M 501 | c/u | 24 | 4.07 | 97.68 | |
| 03 | Repuestos para filtros de mascarilla 3M 5N11 | c/u | 24 | 1.98 | 47.52 | |
| | Insumos que serán utilizados en el área de lavandería. | | | | | |
| Total en Letras: UN MIL 20/100 DOLARES | | | | | \$ 1,000.20 | |
| Espefif. | 541.18 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondos General | |
| Valor US \$ | 1.000.20 | | | | | |
| <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, <u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u> 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) |
| | | | | | | |