



## *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: <b>CENTRO SCAN DE EL SALVADOR S.A DE C.V</b><br><b>( NIT No. 0614- 160485 002 – 6 )</b><br>Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de:<br><b>Inmediata.</b> | O. de C. No   | 3215-234/2013 |
|                                                                                                                                                                                             | Solicitud No. | 132/2013      |
|                                                                                                                                                                                             | Fecha         | 24/05/2013    |

|                                                   |                |     |         |
|---------------------------------------------------|----------------|-----|---------|
| Unidad Solicitante: <b>BIENESTAR MAGISTERIAL.</b> | Forma de Pago: |     |         |
|                                                   | Crédito        | XXX | Contado |

| Rgn. | Descripción                                                                               | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 01   | Resonancia Magnética de Rodilla Derecha                                                   | c/u | 01    | 320.00            | 320.00            |
|      | <b>Examen para el paciente: Miguel Ángel García, quien pertenece al programa de INDES</b> |     |       |                   |                   |

Total en Letras: **TRESCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES** **\$ 320.00**

|             |               |  |  |  |  |  |  |                                          |
|-------------|---------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------|
| Especif.    | <b>543.09</b> |  |  |  |  |  |  | Línea de Trabajo 02-02<br>Fondos General |
| Valor US \$ | <b>320.00</b> |  |  |  |  |  |  |                                          |

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.

|                            |                                       |                           |                                                                             |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gestionó (UACI)</b><br> | <b>Autorizó (Dirección Gral.)</b><br> | <b>Registro (UFI)</b><br> | <b>Por Suministrante:</b><br>(Nombre, firma, fecha y sello)<br><br>27/06/13 |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

*Scan de El Salvador*



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil**



CUENTA

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

**ORDEN DE COMPRA**

|                                                                                                                                                      |               |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Señores: <b>CENTRO SCAN DE EL SALVADOR S.A DE C.V</b><br><br>Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de:<br><b>Inmediata.</b> | O. de C. No   | 3215-234/2013 |
|                                                                                                                                                      | Solicitud No. | 132/2013      |
|                                                                                                                                                      | Fecha         | 24/05/2013    |

|                                                   |                |            |         |
|---------------------------------------------------|----------------|------------|---------|
| Unidad Solicitante: <b>BIENESTAR MAGISTERIAL.</b> | Forma de Pago: |            |         |
|                                                   | Crédito        | <b>XXX</b> | Contado |

| Rgn. | Descripción                                                                               | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------------------|-------------------|
| 01   | Resonancia Magnética de Rodilla Derecha                                                   | c/u | 01    | 320.00            | 320.00            |
|      | <b>Examen para el paciente: Miguel Ángel García, quien pertenece al programa de INDES</b> |     |       |                   |                   |

Total en Letras: **TRESCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES** **\$ 320.00**

|             |               |  |  |  |  |  |                                                  |
|-------------|---------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------|
| Espefic.    | <b>543.09</b> |  |  |  |  |  | <b>Línea de Trabajo 02-02<br/>Fondos General</b> |
| Valor US \$ | <b>320.00</b> |  |  |  |  |  |                                                  |

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.

|                        |                                   |                       |                                                             |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Gestionó (UACI)</b> | <b>Autorizó (Dirección Gral.)</b> | <b>Registro (UFI)</b> | <b>Por Suministrante:</b><br>(Nombre, firma, fecha y sello) |
|                        |                                   |                       |                                                             |