



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



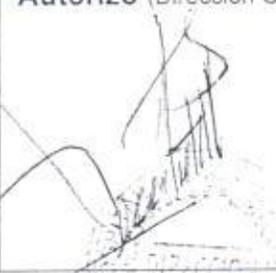
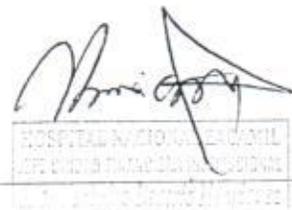
CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-200195-102-6) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 8 días hábiles en: Almacén de Medicamentos		O. de C. No	3215-319/2013		
		Solicitud No.	187/2013		
		Fecha	17-09-2013		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Warfarina sódica tableta, Choice 5 mg, comprimidos país de origen: Uruguay, laboratorio fabricante: Química Ariston, marca: Química Ariston, vencimiento: 18 meses, código: 009-04005	CTO	20	45.00	900.00
Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital					
Total en letras: NOVECIENTOS 00/100 DOLARES					\$900.00
Especif.	541.08				Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	900.00				

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) 
---	--	---	--

[Handwritten signature and stamp]



Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: DROGUERIA FARMAVIDA, S.A. DE C.V.		O. de C. No		3215-319/2013	
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 8 días hábiles en: Almacén de Medicamentos		Solicitud No.		187/2013	
		Fecha		17-09-2013	
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos			Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Warfarina sódica tableta, Choice 5 mg, comprimidos país de origen: Uruguay, laboratorio fabricante: Química Ariston, marca: Química Ariston, vencimiento: 18 meses, código: 009-04005	CTO	20	45.00	900.00
	Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL				
	Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital				
Total en letras: NOVECIENTOS 00/100 DOLARES					\$900.00
Especif.	541.08				Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	900.00				
<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)	