



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: DNA PHARMACEUTICALS, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-080598-102-2) | | O. de C. No | 3215-324/2013 | | |
|---|--|----------------|---------------|-------------------|-------------------|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 8 días hábiles en: Almacén de Medicamentos | | Solicitud No. | 190/2013 | | |
| | | Fecha | 18-09-2013 | | |
| Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos | | Forma de Pago: | | | |
| | | Crédito | XXX | Contado | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Nitroglicerina 5 mg/ml solución inyectable I.V. frasco vial 10 ml, país de origen: USA, laboratorio fabricante: American Regent, vencimiento: 18 meses, Código: 00707015 | C/U | 200 | 12.00 | 2.400.00 |
| Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital | | | | | |
| Total en letras: DOS MIL CUATROCIENTOS 00/100 DOLARES | | | | | \$2,400.00 |
| Espefic. | 541.08 | | | | |
| Valor US \$ | 2,400.00 | | | | |

Línea de Trabajo 02-02
Fondo General

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)  |
|---|--|---|---|





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| Señores: DNA PHARMACEUTICALS, S.A. DE C.V. | | O. de C. No | | 3215-324/2013 | |
|---|--|-----------------------|----------------|---|---|
| Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 8 días hábiles en: Almacén de Medicamentos | | Solicitud No. | | 190/2013 | |
| | | Fecha | | 18-09-2013 | |
| Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos | | | Forma de Pago: | | |
| | | | Crédito | XXX | Contado |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Nitroglicerina 5 mg/ml solución inyectable I.V. frasco vial 10 ml, país de origen: USA, laboratorio fabricante: American Regent, vencimiento: 18 meses, Código: 00707015 | C/U | 200 | 12.00 | 2,400.00 |
| | Se solicita reporte de control de calidad del fabricante y del MINSAL | | | | |
| | Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital | | | | |
| Total en letras: DOS MIL CUATROCIENTOS 00/100 DOLARES | | | | | \$2,400.00 |
| Especif. | 541.08 | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondo General |
| Valor US \$ | 2,400.00 | | | | |
| <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) | |