



## ***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>DISMED, S.A. DE C.V.</b> (NIT No. 0614-160987-002-7) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, en: <b>20 días hábiles en: Almacén General</b>	O. de C. No	285/2012
	Solicitud No.	169/2012
	Fecha	08-08-2012

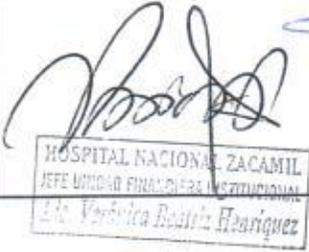
Unidad solicitante: <b>Departamento de Epidemiología y ESDOMED</b>	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Bolsa estéril transparente con protector cutáneo, superficie adhesiva, escala de graduación de volumen de 150 ml, válvula de vaciado en su extremo inferior. Para drenaje de heridas y fistulas Draina S Medium (150 ml), marca: B/Braun, origen: Francia/otros países, vencimiento: no menor a 18 meses	C/U	100	4.50	450.00

**Total en letras: CUATROCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES \$450.00**

Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondo general
Valor US \$	450.00					

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.

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





# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>DISMED, S.A. DE C.V.</b> (NIT No. 0614-160987-002-7) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, en: <b>20 días hábiles en: Almacén General</b>				O. de C. No		285/2012	
				Solicitud No.		169/2012	
				Fecha		08-08-2012	
Unidad solicitante: <b>Departamento de Epidemiología y ESDOMED</b>				Forma de Pago:			
				Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$		
01	Bolsa estéril transparente con protector cutáneo, superficie adhesiva, escala de graduación de volumen de 150 ml, válvula de vaciado en su extremo inferior. Para drenaje de heridas y fistulas Draina S Medium (150 ml), marca: B/Braun, origen: Francia/otros países, vencimiento: no menor a 18 meses	C/U	100	4.50	450.00		
<b>Total en letras: CUATROCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>						<b>\$450.00</b>	
Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondo general	
Valor US \$	450.00						
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, <b><u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u></b> 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> (Nombre, firma, fecha y sello)	