



## *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	3215-363/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>15 días hábiles en: Almacén de Medicamentos</b>		Solicitud No.	223/2013		
		Fecha	28-10-2013		
Unidad solicitante: Almacén de Medicamentos		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Fenitoina Sódica 50 mg/ml Solución inyectable frasco vial 5 ml, laboratorio fabricante: Celsius, país de origen: Uruguay, vencimiento: 18 meses, código: 2209040	C/U	150	3.00	450.00
Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital Se requiere control de calidad del fabricante y de MINSAL					
Total en letras: CUATROCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES					\$450.00
Especif.	541.08				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>DNA PHARMACEUTICALS, S.A. DE C.V.</b>				O. de C. No	3215-363/2013		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: <b>15 días hábiles en: Almacén de Medicamentos</b>				Solicitud No.	223/2013		
				Fecha	28-10-2013		
Unidad solicitante: <b>Almacén de Medicamentos</b>			Forma de Pago:				
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado		
Rgn.	Descripción			u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Fenitoina Sódica 50 mg/ml Solución inyectable frasco vial 5 ml, laboratorio fabricante: Celsius, país de origen: Uruguay, vencimiento: 18 meses, código: 2209040			C/U	150	3.00	450.00
	<b>Medicamentos para el uso en pacientes de este Hospital Se requiere control de calidad del fabricante y de MINSAL</b>						
Total en letras: <b>CUATROCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES</b>						<b>\$450.00</b>	
Especif.	<b>541.08</b>					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	<b>450.00</b>						
<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, <b>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA</b>. En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>							
<b>Gestionó (UACI)</b>		<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>		<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	