



## ***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: HEALTHCARE PRODUCTS CENTROAMERICA, S.A. DE C.V. (NIT No.0614-240103-108-2) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, en: 5 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	305/2012
	Solicitud No.	216/2012
	Fecha	12-10-2012

Unidad solicitante: Almacén General	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Guante de látex para examen talla "S", caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, vencimiento: dos años, código: 1-06-06045	Caja	110	4.80	528.00
02	Guante de látex para examen talla "M", caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, vencimiento: dos años, código: 1-06-06040	Caja	225	4.80	1,080.00
Insumos médicos, para el uso en este Hospital					

Total en letras: UN MIL SEISCIENTOS OCHO 00/100 DOLARES \$1,608.00

Especif.	543.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondos Propios
Valor US \$	1,608.00					

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 (UAC)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)  23/10/12
----------------	----------------------------	----------------	---

HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL  
JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL  
Lic. Verónica Beatriz Henríquez





# Hospital Nacional

## “Dr. Juan José Fernández”

### Zacamil



CUENTA

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

### ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>HEALTHCARE PRODUCTS CENTROAMERICA, S.A. DE C.V. (NIT No.0614-240103-108-2)</b> Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, en: <b>5 días hábiles en: Almacén General</b>		O. de C. No		305/2012	
		Solicitud No.		216/2012	
		Fecha		12-10-2012	
Unidad solicitante: <b>Almacén General</b>			Forma de Pago:		
			Crédito	<b>XXX</b>	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Guante de látex para examen talla “S”, caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, vencimiento: dos años, código: 1-06-06045	Caja	110	4.80	528.00
02	Guante de látex para examen talla “M”, caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, vencimiento: dos años, código: 1-06-06040	Caja	225	4.80	1,080.00
<b>Insumos médicos, para el uso en este Hospital</b>					
<b>Total en letras: UN MIL SEISCIENTOS OCHO 00/100 DOLARES</b>					<b>\$1,608.00</b>
Especif.	543.13				Línea de Trabajo 02-02 Fondos Propios
Valor US \$	1,608.00				
<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, <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.</p>					
<b>Gestionó (UACI)</b>	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b>	<b>Registro (UFI)</b>		<b>Por Suministrante:</b> (Nombre, firma, fecha y sello)	