

Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamii, Mejicanos, S.S.



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



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: HEALTHCARE PRODUCTS CENTROAMERICA, S.A. DE O. de C. No 305/2012 C.V. (NIT No.0614-240103-108-2) Solicitud No. 216/2012 Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, en: 5 días hábiles en: Almacén General Fecha 12-10-2012 Forma de Pago: Unidad solicitante: Almacén General Contado Crédito XXX Precio Precio Descripción Cant. Unit. Rgn. u/m Total US\$ US\$ Guante de látex para examen talla "S", caja dispensadora de 110 4.80 528.00 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, Caja 01 vencimiento: dos años, código: 1-06-06045 Guante de látex para examen talla "M", caja dispensadora de 02 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, Caja 225 4.80 1.080.00 vencimiento: dos años, código: 1-06-06040 Insumos médicos, para el uso en este Hospital Total en letras: UN MIL SEISCIENTOS OCHO 00/100 DOLARES \$1,608.00 Linea de Trabajo 02-02 Especif. 543.13 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 (UACI)

Vocade de la appropriational y constitucional profitational profitation p

Registro (UFI)

HOSPITAL NACIONAL CACAMITA
REFE UHIDAD FINANCIERA STORIGINAL
Lic. Verónica Beatriz Henriquez

Por Suministrante:

(Nombre, firma, fecha y sello)

Labuado Bingdi Laskefasef 23/10/12





Hospital Nacional

"Dr. Juan José Fernández" **Zacamii**





CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

				Ol	RDEN D	DE COMI	PRA						
Señores: HEALTHCARE PRODUCTS CENTROAMERICA, S							A. DE	O. de C. 1		o		305/2012	
C.V. (NIT No.0614-240103-108-2) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden días hábiles en: Almacén General						. en: 5	Solicitud No.			216/2012			
						Fec		cha		12-10-2012			
Unidad solicitante: Almacén General						<u> </u>			na de Pago:				
						Crédito XX		XXX	X Contad				
Rgn.			Desc	Descripción			u/m Cai		Cant.	Prec Uni US:	t.	Precio Total US\$	
01	100 ur vencimi	Guante de látex para examen talla "S", caja dispensadora de 100 unidades, marca: Health, origen: Indonesia/Malasia, vencimiento: dos años, código: 1-06-06045						ija 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	
		s médicos											
Total en letras: UN MIL SEISCIENTOS OCHO 00/100 DOLARES \$1,608.0												\$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 (UACI)			Autor	Autorizó (Dirección Gral.)			Registro (UFI)			Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)			