



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. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. (NIT No. 0614-160987-002-7) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 45 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	3215-399/2013
	Solicitud No.	206/2013
	Fecha	08-11-2013

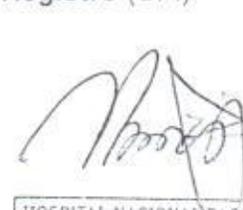
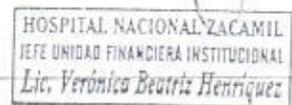
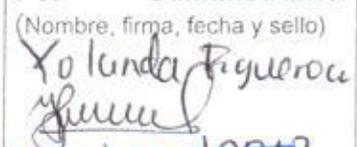
Unidad solicitante: Sala de Operaciones	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Retractor Weitlaner 14 cms marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años, código Aesculap BV071R	C/U	01	295.03	295.03
02	Retractor Weitlaner 16.5 cms, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía dos años, código Aesculap: BV072R	C/U	01	306.41	306.41
03	Retractor "Baby" Weitlaner 11 cms, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: Dos años, código Aesculap; BV070R	C/U	01	283.33	283.33
04	Aguja de Rosen, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía dos años, código Aesculap: OG005R	C/U	02	90.71	181.42
	Instrumental para ser utilizado en Otorrino de este Hospital				

Total en letras: **UN MIL SESENTA Y SEIS 19/100 DOLARES** **\$1,066.19**

Espezif.											Linea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,066.19										

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: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: 45 días hábiles en: Almacén General	O. de C. No	3215-399/2013
	Solicitud No.	206/2013
	Fecha	08-11-2013

Unidad solicitante: Sala de Operaciones	Forma de Pago:		
	Crédito	XXX	Contado

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Retractor Weitlaner 14 cms marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: dos años, código Aesculap BV071R	C/U	01	295.03	295.03
02	Retractor Weitlaner 16.5 cms, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía dos años, código Aesculap: BV072R	C/U	01	306.41	306.41
03	Retractor “Baby” Weitlaner 11 cms, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía: Dos años, código Aesculap; BV070R	C/U	01	283.33	283.33
04	Aguja de Rosen, marca: B/Braun Aesculap, origen: Alemania, garantía dos años, código Aesculap: OG005R	C/U	02	90.71	181.42
	Instrumental para ser utilizado en Otorrino de este Hospital				

Total en letras: **UN MIL SESENTA Y SEIS 19/100 DOLARES** **\$1,066.19**

Especif.							Línea de Trabajo 02-02 Fondo General
Valor US \$	1,066.19						

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---