



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, Mejicanos, S.S.



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: INTERLLANTAS, S.A. DE C.V.				O. de C. N°	3215-430/2013
NIT N°. 0614-160811-106-3				Solicitud de Compra N°	248/2013
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden en forma Inmediata, en: ALMACEN GENERAL				Fecha	12-nov-13
Unidad solicitante:	Departamento de Servicios Generales	Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
N°	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
1	Llanta marca FIRESTONE 700-16, 12 lonas, modelo T494, grabado Todo Terreno, procedencia Costa Rica, incluye armado, instalación, balanceo, con tubo y protector.	c/u	6	\$ 147.33	\$ 883.98
2	Llanta marca FIRESTONE medida 185R14C, 8 lonas, modelo CV3000, grabado todo terreno, procedencia Costa Rica, incluye válvula, armado, balanceo e instalación.	c/u	4	\$ 107.75	\$ 431.00
				TOTAL	\$ 1,314.98

Para uso en camión DINA placa N-6006 y en ambulancia placa N-6016					
Total en UN MIL TRESCIENTOS CATORCE. 98/100 DOLARES					
Especif.	54109	Línea de Trabajo:		02 -02	Fondo General
Valor US \$	\$ 1,314.98				

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, Mejicanos, S.S.



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: OXI-RENT, S.A. DE C.V.				O. de C. N°	3215-429/2013
				Solicitud de Compra N°.	255/2013
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden en forma Inmediata, en: ALMACEN GENERAL				Fecha	12-nov.-13
Unidad solicitante:	Departamento de Terapia Respiratoria		Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Nº	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
1	Tubo inhalador Espaciador de Volumen para paciente intubado, para la aplicación de aerosoles en paciente intubado. Compatible para todos los Aerosoles. Aplicación del medicamento durante la recuperación. Fácil de usar. No es necesario interrumpir la ventilación. Vencimiento: No Aplica. Descripción comercial: OPTIVENT Espaciador de Volumen. Marca origen fabricante: RESPIRONICS USA	c/u	100	\$ 8.50	\$ 850.00
TOTAL					\$ 850.00
Para la aplicación de aerosoles en paciente intubado.					
Total en Letras:	OCHOCIENTOS CINCUENTA DOLARES EXACTOS.				
Especif.	54113	Línea de Trabajo:		02 -02	Fondo General
Valor US \$	\$ 850.00				
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)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)	Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)		