



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: SEGUROS E INVERSIONES, S.A (NIT No. 0614 – 120262 – 001 – 4) Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Entrega Inmediato.				O. de C. No	3215-22/2014
				Solicitud No.	261 /2013
				Fecha	19/12/2013
Unidad solicitante: SERVICIOS GENERALES			Forma de Pago:		
			Crédito	XXX	Contado
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Servicio de Seguro de Vehículos automotores del Hospital Nacional Zacamil, periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre, los vehículos Toyota Ambulancia N. 6015 año 1995, Toyota Camión N. 6006, 1995, Mitsubishi Automóvil N. 15790 año: 2002 ,Subaru Automovil N. 2842 año 1994, Daewoo Microbus N. 8194 año 1998 Mazda Pick up N. 15821 año 2002, Nissan Path Finder N. 12274 año 1995, Nissan Xterra N. 12273 año 2000, Nissan Furgón N. 7936 año 1997, Hyundai Microbús N. 8022 año 2013	c/u	01	2,409.12	2,409.12
	Seguros de vehículos automotores del hospital Nacional Zacamil.				
Total en Letras: DOS MIL CUATROCIENTOS NUEVE 12/ DOLARES					\$ 2,409.12
Espefic.					Línea de Trabajo 02-02 Fondos Generales
Valor US \$	2,409.12				
<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, <u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>					

<p>Gestionó (UACI)</p> 	<p>Autorizó (Dirección Gral.)</p> 	<p>Registro (UFI)</p> 	<p>Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)</p>  
--	---	--	--





Hospital Nacional

“Dr. Juan José Fernández”

Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

Señores: SEGUROS E INVERSIONES, S.A		O. de C. No	3215-22/2014		
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Entrega Inmediato.		Solicitud No.	261/2013		
		Fecha	19/12/2013		
Unidad solicitante: SERVICIOS GENERALES		Forma de Pago:			
		Crédito	XXX	Contado	
Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Servicio de Seguro de Vehículos automotores del Hospital Nacional Zacamil, periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre, los vehículos Toyota Ambulancia N. 6015 año 1995, Toyota Camión N. 6006, 1995, Mitsubishi Automóvil N. 15790 año: 2002, Subaru Automovil N. 2842 año 1994, Daewoo Microbus N. 8194 año 1998 Mazda Pick up N. 15821 año 2002, Nissan Path Finder N. 12274 año 1995, Nissan Xterra N. 12273 año 2000, Nissan Furgón N. 7936 año 1997, Hyundai Microbús N. 8022 año 2013	c/u	01	2,409.12	2,409.12
	Seguros de vehículos automotores del hospital Nacional Zacamil.				
Total en Letras: DOS MIL CUATROCIENTOS NUEVE 12/ DOLARES				\$ 2,409.12	
Especif.				Línea de Trabajo 02-02 Fondos Generales	
Valor US \$	2,409.12				
<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, <u>DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA.</u> En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes.</p>					
Gestionó (UACI)	Autorizó (Dirección Gral.)	Registro (UFI)		Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)	