



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

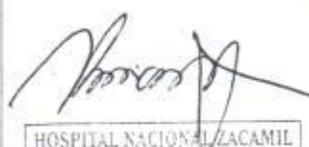
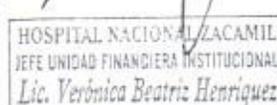
Ministerio de Salud



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| SEÑORES: SCAN DE EL SALVADOR S.A DE C.V (NIT No. 0614 – 160485 – 002 – 6) | | | | O. de C. No | | 3215- 64/2014 | |
|---|---|---|-------|---|-------------------|--|--|
| | | | | Solicitud No. | | 15/2014 | |
| | | | | Fecha | | 24-02-2014 | |
| Unidad solicitante: Trabajo Social. | | | | Forma de Pago: | | | |
| | | | | Crédito | XXX | Contado | |
| Administrador de Orden de Compra: Sonia de Monterrosa | | | | Plazo de entrega: Inmediata | | | |
| | | | | Lugar de entrega: | | | |
| Rgn. | Descripción | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ | | |
| 01 | Resonancia Magnética de Rodilla Izquierda, Ingrid Lissette Barahona | c/u | 01 | 320.00 | 320.00 | | |
| 02 | Resonancia Magnética de Rodilla Derecha, Karla Beatriz Canjura | c/u | 01 | 320.00 | 320.00 | | |
| | Resonancias para las pacientes del programa de INDES. | | | | | | |
| Total en letras: SEISCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES | | | | | \$ 640.00 | | |
| Especif. | 543.09 | | | | | Línea de Trabajo 02-02 Fondo General | |
| Valor US \$ | 640.00 | | | | | | |
| <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 Y número de Solicitud de compra, 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.</p> | | | | | | | |
| Gestionó (UACI)   | | Autorizó (Dirección Gral.)   | | Registro (UFI)   | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)  1703-14. | |



Hospital Nacional
 “Dr. Juan José Fernández”
Zacamil



CUENTA

HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

ORDEN DE COMPRA

| SEÑORES: SCAN DE EL SALVADOR S.A DE C.V | | | | O. de C. No | | 3215- 64/2014 | |
|---|---|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------|---|-------------------|
| | | | | Solicitud No. | | 15/2014 | |
| | | | | Fecha | | 24-02-2014 | |
| Unidad solicitante: Trabajo Social. | | | | Forma de Pago: | | | |
| | | | | Crédito | XXX | Contado | |
| Administrador de Orden de Compra: Sonia de Monterrosa | | | | Plazo de entrega: Inmediata | | | |
| | | | | Lugar de entrega: | | | |
| Rgn. | Descripción | | | u/m | Cant. | Precio Unit. US\$ | Precio Total US\$ |
| 01 | Resonancia Magnética de Rodilla Izquierda, Ingrid Lissette Barahona | | | c/u | 01 | 320.00 | 320.00 |
| 02 | Resonancia Magnética de Rodilla Derecha, Karla Beatriz Canjura | | | c/u | 01 | 320.00 | 320.00 |
| | Resonancias para las pacientes del programa de INDES, | | | | | | |
| Total en letras: SEISCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES | | | | | | \$ 640.00 | |
| Especif. | 543.09 | | | | | Línea de Trabajo 02-02 | |
| | | | | | | Fondo General | |
| Valor US \$ | 640.00 | | | | | | |
| <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 Y número de Solicitud de compra, 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.</p> | | | | | | | |
| Gestionó (UACI) | | Autorizó (Dirección Gral.) | | Registro (UFI) | | Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello) | |
| | | | | | | | |