



## *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.**

Ministerio de Salud  
**EL SALVADOR**  
 CUENTA  
 HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN  
 JOSÉ FERNÁNDEZ" ZACAMIL

**ORDEN DE COMPRA**

Señores: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.	O. de C. N°	3215-073/2014
NIT N° 0614-160987-002-7	Solicitud de Compra N°.	007/2014
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden en <b>45 días hábiles a mas tardar, en ALMACEN GENERAL.</b>	Fecha	24-feb-14

Unidad solicitante:	Departamento de Cirugia Maxilo Facial	Forma de Pago:			
Administrador de Contrato:	Dr. Gerardo Ernesto Cuenca Morales	Crédito	XXX	Contado	
N°	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
1	PORTA ALAMBRE 150MM 6". Marca: B.BRAUN. Modelo: BM111R Origen: Alemania/USA/Otros países fabricantes. Tiempo de Entrega: 45 días	c/u	2	\$ 198.00	\$ 396.00
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 396.00</b>

El Suministro de este Instrumental es para ser utilizado en el área de cirugía maxilo facial de este Hospital.

Total en letras:	<b>TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS DOLARES EXACTOS.</b>			
Especif.	54113	Línea de Trabajo:	02-02	Fondo General
Valor US \$	\$ 396.00			

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.

<b>Gestionó (UACI)</b> 	<b>Autorizó (Dirección Gral.)</b> 	<b>Registro (UFI)</b>  HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL Lic. Verónica Beatriz Henríquez	<b>Por Suministrante: (Nombre, firma, fecha y sello)</b>  26-2-14 
---	--	---	---



**Hospital Nacional**  
 “Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil, Mejicanos, S.S.**



HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN  
 JOSÉ FERNÁNDEZ” ZACAMIL

## ORDEN DE COMPRA

Señores: <b>B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA &amp; CARIBE, S.A. DE C.V.</b>	O. de C. N°	<b>3215-073/2014</b>
	Solicitud de Compra N°.	<b>007/2014</b>
Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden <b>en 45 días hábiles a mas tardar</b> , en <b>ALMACEN GENERAL</b> .	Fecha	<b>24-feb-14</b>

Unidad solicitante:	<b>Departamento de Cirugía Maxilo Facial</b>	Forma de Pago:			
Administrador de Contrato:	<b>Dr. Gerardo Ernesto Cuenca Morales</b>	Crédito	<b>XXX</b>	Contado	
<b>N°</b>	<b>Descripción</b>	<b>u/m</b>	<b>Cant.</b>	<b>Precio Unit. US\$</b>	<b>Precio Total US\$</b>
1	PORTA ALAMBRE 150MM 6". <b>Marca:</b> B.BRAUN. <b>Modelo:</b> BM111R <b>Origen:</b> Alemania/USA/Otros países fabricantes. <b>Tiempo de Entrega:</b> 45 días	c/u	2	\$ 198.00	\$ 396.00
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 396.00</b>

El Suministro de este Instrumental es para ser utilizado en el área de cirugía maxilo facial de este Hospital.

Total en letras:	<b>TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS DOLARES EXACTOS.</b>			
Especif.	<b>54113</b>	Línea de Trabajo:	<b>02-02</b>	<b>Fondo General</b>
Valor US \$	<b>\$ 396.00</b>			

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.

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