



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



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. No		3215- 80/2014	
				Solicitud No.		21/2014	
				Fecha		04-03-2014	
Unidad solicitante: Almacén General.				Forma de Pago:			
				Crédito	XXX	Contado	
Administrador de Orden de Compra: Luis Alberto Moreno				Plazo de entrega: 3 días hábiles			
				Lugar de entrega: Almacén General			
Rgn.	Descripción			u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cod. 1-92-99900, Bolsa transparente para drenaje c/protector cutáneo superficie adhesiva escala de graduación de vol. 150ml de válvula de vaciado DRAIN A VISION MEDIUM cod. H28555A, marca: B.Braun, Origen: Alemania/Francia			c/u	200	4.50	900.00
	Insumos que serán utilizados en este hospital						
Total en letras: NOVECIENTOS 00/100 DOLARES				\$ 900.00			
Especif.	541.13					Línea de Trabajo 02-02 Fondo General	
Valor US \$	900.00						
<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, <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)	