



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: DROGUERIA PINTO PHARMA, S.A. DE C.V. Ruego a Ud. (s) se sirva entregar lo solicitado en esta Orden, de: Inmediato en: Almacén General	O. de C. No	133/2011
	Solicitud No.	99/2011
	Fecha	16-03-2011

Unidad solicitante: Almacén General	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Catéter intravenoso No. 20x 1 ¼”, empaque individual estéril, descartable marca: Biomed origen: India vencimiento: dos años	C/U	3,500	0.18	630.00
02	Jeringa de 5 ml, con adaptador Luer Lock, aguja 21x1 ½”, descartable, empaque individual estéril marca: Channelmed Origen: China, vencimiento: dos años	C/U	22,000	0.03	660.00
03	Jeringa de 3 ml, con adaptador Luer Lock, aguja 21x 1 ½”, descartable, empaque individual estéril, marca: Channelmed, origen: China vencimiento: dos años	C/U	19,000	0.03	570.00
	Insumos Médicos para ser utilizados en pacientes de este Hospital				

Total en Letras: **UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA 00/100 DOLARES** **\$1,860.00**

Especif.	541.13						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	1,860.00						

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)
------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---