



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: VIDUC, S.A. DE C.V.	O. de C. No	208/2011
	Solicitud No.	77/2011
	Fecha	14-04-2011

Unidad solicitante: Mantenimiento	Forma de Pago:			
	Crédito	XXX	Contado	

Rgn.	Descripción	u/m	Cant.	Precio Unit. US\$	Precio Total US\$
01	Cemento gris (bolsa) Cessa	C/U	20	7.92	158.40
02	Arena sin colar (mts cúbicos) S/FL	C/U	06	12.50	75.00
03	Lamina de asbesto cemento color rojo canal ancho de 8 pies	C/U	10	22.50	225.00
04	Lamina de asbesto cemento color rojo canal ancho de 7 pies	C/U	10	19.68	196.80
05	Tela Ciclón 11x72x2.5 comercial	C/U	24	3.75	90.00
06	Lamina asbesto cemento color rojo canal ancho de 6 pies	C/U	25	16.92	423.00
07	Tubo estructural 2” cuadrado ch-14 Tubotico	C/U	15	21.00	315.00
	Materiales para construcción de acceso y la nueva Sala de Espera para pacientes del Consultorio de Ortopedia (Sala de yesos) en la Unidad de Emergencia de este Hospital.				

Total en letras: **UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES 20/100 DOLARES** **\$1,483.20**

Especif.	541.12 541.11						Línea de Trabajo 02-02 Fondos General
Valor US \$	1,483.20						

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